

Molina Healthcare of Michigan, Inc. Mercado

2024

Acuerdo y Evidencia Individual de
Cobertura

Molina Healthcare of Michigan, Inc.
880 West Long Lake Road, Suite 600
Troy, MI 48098

MHM01012024
MI24COCS



Publicación de las políticas: El presente Acuerdo y Certificado Individual de Cobertura de Molina Healthcare of Michigan, Inc. Acuerdo y Certificado Individual de Cobertura (también denominado el "Acuerdo") es emitido por Molina Healthcare of Michigan, Inc. ("Molina"), al Suscriptor o Miembro cuyas tarjetas de identificación se emiten con este Acuerdo. En virtud de las declaraciones hechas en cualquier solicitud requerida y el pago oportuno de las Primas, Molina se compromete a proporcionar los Servicios Cubiertos tal como se describen en este Acuerdo.

Incorporación por referencia: Este Acuerdo, las enmiendas y cláusulas adicionales a este Acuerdo, el Programa de beneficios aplicable para este Plan y cualquier solicitud presentada a Marketplace o a Molina para obtener cobertura bajo este Acuerdo, incluida la hoja de tarifas aplicable para este producto, se incorporan en este Acuerdo como referencia y constituyen la totalidad del contrato legalmente vinculante entre Molina y el Suscriptor.

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

Servicios de intérprete: Molina ofrece servicios de intérprete para cualquier Miembro que necesite ayuda lingüística a la hora de comprender y cobertura médica conforme a este Acuerdo.

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

Cancelación: Durante un período de 10 días a partir de la fecha de recepción del Acuerdo por parte del Suscriptor, éste podrá cancelar el Acuerdo y recibir de Molina el reembolso inmediato de cualquier Prima pagada en función del Acuerdo, entregando el Acuerdo a Molina junto con una solicitud de cancelación por escrito. Si el Suscriptor, en virtud de dicho aviso, devuelve el Acuerdo a Molina en su domicilio o sucursal o al agente a través del cual lo adquirió, este deberá ser anulado desde el principio y las partes quedarán en la misma situación que si no se hubiera emitido ningún Acuerdo.

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

AVISO: Este producto no incluye Servicios Dentales Pediátricos como se requiere bajo la Ley Federal de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible. La cobertura dental pediátrica está disponible a través de Exchange. Se puede comprar como un producto independiente. Sírvase de ponerse en contacto con su compañía de seguros, agente o con el marketplace federal facilitado si desea comprar cobertura dental pediátrica o un producto de servicios dentales independiente.

GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA

Servicio	Necesidad	Dónde ir
Servicios de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de una Condición médica de emergencia. 	<p>Llame al 911 o vaya a cualquier sala de emergencias, incluso si es un proveedor no participante o está fuera del área de servicio.</p>
Cómo obtener atención	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencia <ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermedades leves. ○ Lesiones menores. • Atención médica virtual • Asesoramiento médico y de salud mental las 24 horas 	<p>Centros de atención de urgencia Encuentre un Proveedor o Centro de atención de urgencia en MolinaMarketplace.com/MIFindCare</p> <p>Atención médica virtual www.teladoc.com/molinamarketplace 1-800-TELADOC</p> <p>Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas 1 (888) 275-8750 (inglés) 1 (866) 648-3537 (español)</p>
Acceso en línea	<ul style="list-style-type: none"> • Busque un doctor o cambie el suyo • Ver los beneficios y el Manual del Miembro. • Ver o imprimir tarjeta de identificación (ID). • Realizar un seguimiento de los reclamos. 	<p>Visite MyMolina.com.</p> <p>Descargue la aplicación Molina Mobile.</p> <p>Consulte el Directorio de Proveedores MolinaMarketplace.com/MIFindCare</p>
Detalles del plan	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas sobre el plan, los programas, los servicios o los medicamentos recetados • Ayuda relacionada con la tarjeta de identificación • Acceso a la atención médica • Preguntas sobre pagos 	<p>Centro de atención al cliente de Molina 888- 560-4087 De lunes a viernes, 8:00 a. m. a 6:00 p. m.</p> <p>Visite MyMolina.com.</p> <p>Visite MolinaPayment.com</p>
Elegibilidad e inscripción	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas de elegibilidad. • Agregar un Dependiente. • Informar un cambio de dirección o ingresos 	<p>Contactar Healthcare.gov 1 (800) 318-2596</p> <p>Ingresa en Healthcare.gov</p>

TABLA DE CONTENIDOS

CONTENIDOS

GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA	2
TABLA DE CONTENIDOS	3
DEFINICIONES	7
INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD	13
PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA.....	13
PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL.....	13
COBERTURA SOLO PARA NIÑOS.....	13
DEPENDIENTES	13
• CÓNYUGE.....	13
• HIJO O HIJOS	13
• HIJO CON DISCAPACIDAD	14
• PAREJA DE HECHO	14
• HIJO RECIÉN NACIDO	15
INTERRUPCIÓN DE LA COBERTURA DE DEPENDIENTES.....	15
ELEGIBILIDAD CONTINUA	15
PAGO DE LA PRIMA	16
CRÉDITO FISCAL ANTICIPADO PARA LA PRIMA (APTC)	16
PAGOS.....	16
AVISO DE PAGO ATRASADO.....	16
PERÍODO DE GRACIA.....	17
• PERÍODO DE GRACIA PARA SUSCRIPTORES CON APTC	17
• PERÍODO DE GRACIA PARA SUSCRIPTORES SIN APTC.....	17
NOTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO.....	17
REESTABLECIMIENTO DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN	17
REINSCRIPCIÓN LUEGO DE LA TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO.....	17
RENOVACIÓN DE LA COBERTURA	18
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	18
EL DEPENDIENTE O HIJO NO REÚNE LOS REQUISITOS DEBIDO A SU EDAD.....	18
EL MIEMBRO NO REÚNE LOS REQUISITOS	18
FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS.....	19
FRAUDE O TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL.....	19
SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN POR PARTE DEL MIEMBRO	19
INTERRUPCIÓN DE UN PRODUCTO EN PARTICULAR	19
INTERRUPCIÓN DE LA COBERTURA DE DEPENDIENTES.....	19
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	19
TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN	20
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA	21
SERVICIOS DE TELESALUD	22
ACCESO A LA ATENCIÓN PARA MIEMBROS CON DISCAPACIDADES.....	23
AUTORIZACIÓN PREVIA	24
REVISIÓN DE UTILIZACIÓN	26
REVISIÓN SIMULTÁNEA DEL PACIENTE INTERNADO.....	26

SEGUNDA OPINIÓN.....	26
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	26
COSTOS COMPARTIDOS.....	32
SERVICIOS CUBIERTOS.....	32
BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES.....	33
ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS.....	33
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.....	34
CIRUGÍA BARIÁTRICA.....	35
TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER.....	35
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA.....	35
SERVICIOS DE DIABETES.....	36
SERVICIOS DE DIÁLISIS.....	36
SERVICIOS DE EMERGENCIA.....	37
TRANSPORTE MÉDICO DE EMERGENCIA.....	38
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	39
COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS Y FÓRMULAS.....	39
SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LAS HABILIDADES.....	39
EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	39
ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO.....	39
SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	40
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS.....	40
PRUEBAS DE LABORATORIO, RADIOLOGÍA (RAYOS X) Y SERVICIOS DE ESCANEAMIENTO ESPECIALIZADOS.....	40
SERVICIOS DE SALUD MENTAL (PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS).....	40
LEY DE PARIDAD EN LA SALUD MENTAL E IGUALDAD EN LA ADICCIÓN.....	41
CIRUGÍA ORTOGNÁTICA.....	41
SERVICIOS DEL MÉDICO.....	42
EMBARAZO Y MATERNIDAD.....	42
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.....	43
SERVICIOS PREVENTIVOS.....	43
DISPOSITIVOS PROTÉSICOS, ORTOPÉDICOS, IMPLANTADOS INTERNOS Y EXTERNOS.....	44
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA.....	44
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN.....	45
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA.....	45
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS).....	45
CIRUGÍA (PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS).....	46
SERVICIOS PARA EL SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (“ATM”).....	46
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE.....	47
SERVICIOS DE PÉRDIDA DE PESO.....	48
MEDICAMENTOS CON RECETA.....	48
FÁRMACOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPO MÉDICO DURADERO.....	48
FARMACIAS.....	48
FORMULARIO DE MOLINA.....	49
ACCESO A MEDICAMENTOS FUERA DEL FORMULARIO.....	49
CÓMO SOLICITAR UNA EXCEPCIÓN.....	49
COSTOS COMPARTIDOS.....	50
COSTO COMPARTIDO EN EXCEPCIONES AL FORMULARIO.....	51
ASISTENCIA CON COSTOS COMPARTIDOS DE MEDICAMENTOS Y COSTOS DE BOLSILLO.....	52
MEDICAMENTOS, PRODUCTOS Y SUPLEMENTOS DE VENTA LIBRE.....	52
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME):.....	52
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS.....	53
MEDICAMENTOS RECETADOS PARA DEJAR DE FUMAR.....	53
LÍMITE DE SUMINISTRO DIARIO.....	53
PRORRATEO Y SINCRONIZACIÓN.....	53

ANALGÉSICOS OPIOIDES PARA EL DOLOR CRÓNICO	53
MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL CÁNCER.....	54
TRATAMIENTO DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	54
DISPONIBILIDAD DE PEDIDOS POR CORREO DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO	54
MEDICAMENTOS PARA USO FUERA DE LO INDICADO.....	55
MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS	55
EXCLUSIONES	55
RECLAMACIONES	60
CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN.....	60
PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES	60
REEMBOLSO.....	60
PAGO DE FACTURAS	61
AVISOS LEGALES.....	61
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS Y SUBROGACIÓN	61
INDEMNIZACIÓN AL TRABAJADOR.....	62
RENOVACIÓN DE LA COBERTURA	62
CAMBIOS EN LAS PRIMAS Y LOS COSTOS COMPARTIDOS.....	63
ACTOS FUERA DEL CONTROL DE MOLINA.....	63
RENUNCIA.....	63
NO DISCRIMINACIÓN.....	63
INFORMACIÓN GENÉTICA	63
ACUERDO VINCULANTE PARA LOS MIEMBROS.....	63
ASIGNACIÓN	63
LEY VIGENTE	64
NULIDAD.....	64
AVISOS.....	64
ACCIONES LEGALES	64
LÍMITE DE TIEMPO PARA CIERTAS DEFENSAS	64
PRUEBA DE PÉRDIDA	64
FORMULARIO DE RECLAMO DE PRUEBA DE PÉRDIDA	65
PLAZO PARA EL PAGO DE RECLAMOS DE PRUEBA DE PÉRDIDA.....	65
EXÁMENES FÍSICOS	65
LESIONES RELACIONADAS CON ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS.....	65
OCUPACIÓN ILEGAL O ACTIVIDAD DELICTIVA.....	65
BIENESTAR Y OTROS BENEFICIOS DEL PROGRAMA.....	65
AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN	73

Gracias por elegir a Molina

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

Le enviamos este Acuerdo y Certificado Individual de Cobertura de Molina Healthcare of Michigan para 2024 (“Acuerdo”) con el fin de informarle lo siguiente:

- Cómo puede obtener servicios a través de Molina, lo que incluye:
 - Obtener el servicio de un intérprete.
 - Escoger a un Proveedor de Atención Primaria (PCP)
 - Cómo hacer una cita
- Los términos y condiciones de cobertura según este Acuerdo.
- Sus beneficios y cobertura como miembro de Molina.
- Revisar el estado de una Autorización Previa.
- La manera de comunicarse con Molina.

Lea este Acuerdo cuidadosamente. En él, encontrará información sobre la amplia gama de necesidades de salud que se cubren y los servicios de atención médica que se proporcionan. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente en [MolinaMarketplace.com](https://www.molinamarketplace.com) o llamando al 888-560-4087 (TTY/TTD: 711) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

¡Estamos a su disposición!

Molina Marketplace

DEFINICIONES

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

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

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

Cantidad autorizada:

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

1. Por Servicios cubiertos prestados por un Proveedor participante: Estos servicios serán reembolsados a la tasa contratada con el Proveedor participante por dichos Servicios cubiertos.
2. Por ciertos Servicios cubiertos prestados por un Proveedor no participante: sujeto a las excepciones expresamente permitidas por la ley, los servicios que se describen a continuación se reembolsarán a la tarifa fuera de la red, según se define y determina ese término en virtud de la ley federal aplicable:
 - Servicios de emergencia prestados por un Proveedor no participante
 - Servicios posteriores a la estabilización proporcionados por un Proveedor no participante cuando dichos servicios cubiertos se tratan con fines de reembolso, como servicios de emergencia según la ley estatal o federal aplicable.
 - Servicios de ambulancia aérea prestados por un Proveedor no participante; y
 - Servicios cubiertos brindados por un Proveedor no participante durante la consulta con un Proveedor participante que puede ser un hospital, hospital de acceso crítico, centro de cirugía ambulatorio u otro exigido por la ley.En el caso de excepciones expresamente permitidas por la ley, la Cantidad Autorizada se determinará de acuerdo con los procedimientos (incluidos los procedimientos de resolución de disputas) u otros requisitos dictados por la ley estatal aplicable, cuando la ley federal se remite a la ley estatal para determinar los montos de reembolso a Proveedores no participantes, o ley federal, cuando la ley federal controla el monto del reembolso a los Proveedores no participantes.

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

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

- Se alcanzará el OOPM individual, con respecto al Miembro, cuando esa persona alcance el monto del OOPM individual; o
- Se alcanzará el OOPM familiar cuando el Costo compartido de un miembro de la familia se sume al total del OOPM familiar.

Una vez que los Costos compartidos totales para el Miembro se sumen al total del OOPM individual, Molina pagará el 100 % de los cargos por los Servicios cubiertos para esa persona durante el resto del año natural si sigue inscrito en este Plan. Una vez que el Costo compartido de dos o más miembros de la familia se sume hasta llegar al monto OOPM familiar, Molina pagará el 100% de los cargos por Servicios cubiertos para el Miembro y cada integrante de su familia por el resto del año calendario si siguen inscritos en este Plan.

Factura del saldo o Facturación del saldo: Cuando un Proveedor emite una factura a un Miembro por la diferencia entre el monto del cargo del proveedor y la Cantidad Autorizada. Un Proveedor participante de Molina no puede facturar un saldo a un Miembro por Servicios cubiertos. Las leyes estatales y federales prohíben a los Proveedores no participantes facturar el saldo de ciertos servicios, como servicios de emergencia, servicios de transporte de emergencia y servicios posteriores a la estabilización.

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

Coseguro: Es un porcentaje de los cargos por Servicios cubiertos que el Miembro debe pagar cuando recibe ciertos Servicios de ese tipo. El monto del Coseguro se calcula como un porcentaje de las tasas que Molina ha acordado con el proveedor participante. Si corresponde, los Coseguros se indican en el Programa de Beneficios.

Copago: un monto fijo que el Miembro pagará por un Servicio Cubierto. Si corresponde, los Copagos se indican en el Programa de Beneficios.

Costos compartidos: La cuota de los costos que un miembro pagará de su propio bolsillo por los servicios cubiertos. Por lo general, este término incluye los Deducibles, el Coseguro y los Copagos, pero no incluye ni las primas ni los montos de facturación del saldo de proveedores no participantes ni el costo de los servicios no cubiertos.

Servicio cubierto o Servicios cubiertos: Los Servicios médicamente necesarios, incluidos algunos dispositivos médicos, equipo y medicamentos recetados, que los Miembros son elegibles para recibir de Molina en virtud de este Plan.

Deducible: El monto que los Miembros deben pagar por los Servicios cubiertos antes de que Molina comience a pagar por estos. Consulte el Programa de Beneficios para ver qué Servicios cubiertos están sujetos a deducibles y cuáles son esos montos deducibles para el Plan del Miembro.

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

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

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

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

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

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

Con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones, una condición médica de emergencia significa que no hay tiempo suficiente para realizar un traslado

seguro a otro hospital antes del parto, o que el traslado puede representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o el niño.

Servicios de emergencia: Un examen médico de detección, que está dentro de la capacidad del departamento de emergencia de un hospital, incluyendo servicios auxiliares rutinariamente disponibles para el departamento de emergencia para evaluar esa condición médica de emergencia, y más examen y tratamiento médico, en la medida en que están dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el hospital para estabilizar al paciente.

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

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

Experimental o de investigación: Cualquier servicio médico que incluya procedimientos, medicamentos, instalaciones y dispositivos que la FDA no haya aprobado para el tratamiento; o uso terapéutico en relación con la afección médica subyacente para la que se prescribió dicho procedimiento, medicamento, instalación o dispositivo.

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

Hospital: Una instalación legalmente operada y autorizada por el Estado, cuyo propósito o función principal es proporcionar asistencia médica, atención hospitalaria, educación médica o investigación médica.

Marketplace: Un organismo gubernamental o una entidad sin fines de lucro que cumple con los estándares de la Ley de Atención Médica Asequible y ayuda a los residentes del Estado a adquirir coberturas de planes de salud aprobados de compañías o planes de salud, como los que ofrece Molina. El Marketplace se puede administrar como un Marketplace basado en el estado, como un Marketplace facilitado federalmente o como un Marketplace asociado. A los efectos del presente Acuerdo, el término se refiere al Marketplace que opera en el Estado, sin embargo, puede constituirse y administrarse.

Necesidad médica o medicamento necesario: Servicios o suministros médicos necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, afección o sus síntomas, siempre que se cumplan los estándares médicos aceptados.

Miembro: Una persona que es elegible y se encuentra inscrita conforme a este Acuerdo, y para quien Molina recibió el primer pago de la Prima correspondiente

(vinculante). El término incluye un dependiente y un suscriptor, a menos que el suscriptor sea un adulto responsable (el padre o tutor legal) que solicite la cobertura solo para niños bajo este Contrato en nombre de un niño menor de 21 años. En ese caso, el Suscriptor será responsable de realizar los pagos de la Prima y del Costo compartido para el Miembro y actuará como representante legal del Miembro conforme a este Acuerdo, pero no será un Miembro.

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

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

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

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

Otro proveedor médico: Proveedores participantes que brindan Servicios cubiertos a los Miembros según el alcance de su licencia, aunque no es un proveedor de atención primaria o un especialista.

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

Proveedor participante: Un Proveedor que proporciona cualquier servicio de atención médica y que está autorizado de otro modo para proporcionar dichos servicios, además de los contratos con Molina, y que aceptó proporcionar Servicios cubiertos a los Miembros.

Plan: Cobertura de salud emitida para una persona y sus Dependientes, si corresponde, mediante la que se proporcionan beneficios para los Servicios cubiertos. Según los servicios, se puede aplicar el Costo Compartido para los miembros.

Servicios posteriores a la estabilización: Artículos y servicios que se brindan (independientemente del departamento del hospital en el que ocurra) después de que el Miembro se estabilice y como parte de la observación ambulatoria o de una hospitalización como paciente internado o ambulatorio con respecto a la consulta en la que se prestan los Servicios de emergencia.

Proveedor de atención primaria: Un médico, incluido un M.D. (Doctor en Medicina) o D.O. (Doctor en Medicina Osteopática), Enfermero Practicante Certificado, especialista en enfermería clínica o Asistente Médico, según lo permita la Ley Estatal y los términos del Plan, que proporciona, coordina o ayuda a un Miembro a acceder a una serie de servicios de atención médica.

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

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

Programa de beneficios: Una lista completa de los Servicios cubiertos y el Costo compartido correspondientes de los miembros.

Área de servicio: El área geográfica en la que Molina, conforme a la autorización otorgada por el Estado puede comercializar productos individuales a través del Marketplace, inscribir a los Miembros que obtienen cobertura a través del Marketplace y proporcionar beneficios a través de planes de salud individuales aprobados, que se venden a través del Marketplace.

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

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

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

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

INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD

Una persona debe estar inscrita como Miembro de este Plan para que los Servicios cubiertos estén disponibles. Para inscribirse y convertirse en Miembro de este plan, una persona debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad que establece el Marketplace. La persona que cumple con los requisitos de elegibilidad y con los de pago de la Prima, y, además, se encuentra inscrita en Molina es el Suscriptor de este Plan.

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

Período especial de inscripción: Si una persona no se inscribe durante un Período de inscripción abierta, puede hacerlo durante un Período especial de inscripción. Si una persona desea calificar para un Período especial de inscripción, debe haber experimentado ciertos cambios cruciales en su vida establecidos por el Marketplace. El Marketplace determinará la fecha de vigencia de la cobertura del Miembro. Para obtener más información sobre la inscripción abierta y los períodos de inscripción especial, visite healthcare.gov.

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

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

- **Cónyuge:** La persona casada legalmente con el Suscriptor conforme a la ley estatal.
- **Niño o niños:** El hijo(a), niño(a) adoptivo(a), hijastro(a), hijo(a) adoptado(a) o descendiente de cualquiera de ellos(as), como un nieto(a) del Miembro. Todos los menores son elegibles para solicitar la inscripción como Dependiente hasta los veintiséis 26 años de edad.

- **Niño con una discapacidad:** Un hijo que cumple los 26 años de edad es elegible para continuar siendo un Dependiente si cumple los siguientes criterios de elegibilidad:
 - El hijo es incapaz de tener un empleo autosostenible debido a una lesión, enfermedad o condición que genere discapacidad física o mental; y
 - El hijo de cualquier edad depende principalmente del Suscriptor para su apoyo y manutención, en el caso de que tenga una discapacidad permanente y total.
 - Un hijo puede seguir contando con la cobertura de Molina en calidad de Dependiente mientras tenga una discapacidad y siga cumpliendo con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente.

- **Pareja doméstica:** Una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que convive y comparte una vida doméstica con el Suscriptor pero que no está casada ni unida por unión civil con el Suscriptor. La pareja de hecho debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y verificación de pareja de hecho establecidos por Marketplace o la ley estatal.

Adición de Nuevos Dependientes: Una persona puede ser elegible para volverse un Dependiente después de que el Suscriptor se inscribe en este Plan. La persona elegible puede inscribirse como Dependiente en el Plan del Miembro. Los Miembros deben comunicarse con Marketplace y presentar cualquier solicitud(es), formulario e información requeridos para el Dependiente. El Miembro que desee inscribir a un Dependiente nuevo debe enviar la solicitud a Marketplace en los 60 días posteriores a la fecha en la que el Dependiente se comenzó a cumplir con los requisitos para inscribirse en el Plan.

- **Cónyuge:** Se puede agregar a un(a) Cónyuge como Dependiente si el Suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.
 - La fecha de matrimonio con el Suscriptor.
 - El (la) Cónyuge obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
 - El Cónyuge se traslada permanentemente al área de servicio.

- **Hijos (menores de 26 años):** Los niños pueden agregarse como dependientes si el suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.
 - Se convierte en Dependiente a través del matrimonio, el nacimiento, la colocación para adopción, la colocación en el cuidado de crianza temporal, adopción, colocación para adopción, manutención de hijos u otra orden judicial.

- El Niño obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
- El Niño se traslada permanentemente al área de servicio.
- **Niño recién nacido:** Un niño recién nacido de un Suscriptor es elegible como Dependiente a partir de su nacimiento. Un recién nacido tiene cobertura de manera automática durante 31 días, incluido el día del nacimiento. Un niño recién nacido es elegible para continuar la inscripción si se inscribió en Molina dentro de los 60 días.

Tenga en cuenta lo siguiente: Las solicitudes de recién nacidos para los servicios cubiertos elegibles, incluyendo los servicios de niño sano proporcionados antes del alta del Hospital, se procesarán como parte de las reclamaciones de la madre y cualquier monto de Deducible u OOPM alcanzado a través del procesamiento de las reclamaciones de un recién nacido se acumulará como parte del Deducible y OOPM de la madre. Sin embargo, si se recibe un expediente de inscripción para el recién nacido durante los primeros 31 días calendario, el recién nacido será agregado como Dependiente a partir de la fecha de nacimiento, y cualquier reclamo incurrido por el recién nacido será procesada como parte de los reclamos del recién nacido, y cualquier monto de Deducible u OOPM que se alcance a través del procesamiento de estos reclamos se acumulará como parte del Deducible individual u OOPM del recién nacido (es decir, no está sujeto al Deducible ni al OOPM de la madre inscrita). La solicitud de un recién nacido es aquella en la que se identifica al recién nacido como la persona que recibe los servicios.

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

- A las 11:59 p. m. del último día del mes calendario en el que el niño Dependiente cumple 26 años, a menos que tenga una discapacidad y cumpla con los criterios especificados (consulte “Niño con una discapacidad”).
- La fecha en que se ingresa una sentencia final de divorcio anulación o disolución del matrimonio entre el (la) Cónyuge dependiente y el Suscriptor.
- La fecha de finalización de la sentencia de pareja doméstica entre el Suscriptor y la Pareja doméstica.
- En el caso de la Cobertura solo para niños, a las 11:59 p. m. del último día del año calendario en el que el Miembro alcanza la edad límite de 21 años. El Miembro y Cualquiera de los Dependientes pueden ser elegibles para inscribirse en otros productos que ofrece Molina a través del Marketplace.
- Fecha en que el Suscriptor pierde la cobertura en virtud de este Plan.

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

PAGO DE LA PRIMA

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

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

Pagos: Molina acepta Pagos de primas en línea, por teléfono, por correo postal y a través de giros postales. Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente o diríjase a MyMolina.com. No se aceptan pagos de la prima en las oficinas de Molina.

Pagos de primas por parte de terceros y Costos compartidos: Según lo exija la ley, los siguientes son los únicos terceros que pueden pagar las primas en nombre de las entidades afiliadas a los inscritos en el plan (en el caso de una entidad derivada, en la medida en que la entidad cobre habitualmente las primas o la participación en los gastos):

1. un programa Ryan White de HIV/AIDS bajo el título XXVI de la Ley de Servicio de Salud Pública;
2. una tribu indígena, organización indígena u organización urbana indígena;
3. un programa de gobierno local, estatal o federal, incluido un concesionario dirigido por un programa del gobierno para hacer pagos en su nombre; o
4. un empleador de un empleado acogido a un plan de Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos para Cobertura Individual (ICHRA) o de Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos para Pequeños Empleadores Cualificados (QSEHRA).

Si descubrimos que las primas han sido pagadas por un tercero distinto de los mencionados anteriormente, rechazaremos el pago e informaremos al Miembro de que el pago no ha sido aceptado y que la prima sigue pendiente de pago.

Aviso de pago atrasado: Si no se recibe el pago completo de la Prima en la Fecha de vencimiento o antes, el personal de Molina enviará un aviso por escrito a la dirección registrada del Suscriptor. En dicha notificación, se informará al suscriptor el monto adeudado y se incluirá una declaración en la que se notifica que Molina dará por terminado el Acuerdo por falta de pago si no se recibe el monto total adeudado antes del fin del Período de gracia, tal como se describe en el Aviso de pago atrasado; además, se informará la hora exacta en la que se dará por terminada la membresía del

suscriptor y de cualquier Dependiente inscrito en caso de que no se reciba el pago a tiempo.

Período de gracia: Un Período de gracia es un plazo de tiempo posterior al vencimiento del Pago de la prima del Miembro que no se ha pagado en su totalidad. Si un Suscriptor no ha efectuado el Completo pago, puede hacerlo durante el período de gracia y, de esa manera, evitar la pérdida de su cobertura. La duración del periodo de gracia se determina en función de si el Suscriptor recibe o no un APTC.

- **Período de gracia para Suscriptores con APTC:** Molina brindará un período de gracia de 3 meses consecutivos al Suscriptor y sus Dependientes que estén recibiendo pagos de un APTC en el momento en el que no pagan las Primas a tiempo. El Período de gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la Prima completa. Molina pagará todos los reclamos que correspondan por los servicios prestados al Suscriptor y a sus Dependientes durante el primer mes del Período de gracia; en cambio, puede suspender los reclamos por servicios en el segundo y el tercer mes. Si no recibe el pago de todas las primas vencidas del Suscriptor, Molina dará por terminado este Acuerdo a las 11:59 p. m., hora de la este, en el último día del primer mes del período de gracia.
- **Período de gracia para Suscriptores sin APTC:** Molina brindará un Período de gracia de 31 días consecutivos al Suscriptor y sus Dependientes que no estén recibiendo pagos de un APTC en el momento en el que no pagan las Primas a tiempo. El Período de gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la Prima completa. Durante el Período de gracia, Molina pagará todos los reclamos correspondientes a los servicios prestados al Suscriptor y a sus Dependientes. Si no recibe el pago de todas las primas vencidas del Suscriptor, Molina dará por terminado este Acuerdo a las 11:59 p. m., hora del este, en el último día del período de gracia.

Notificación de terminación por falta de pago: Molina enviará un aviso por escrito al Suscriptor en el que le informará la fecha del fin de su cobertura y de la de sus Dependientes debido a la falta de pago de las Primas. Los Miembros tienen derecho a apelar una decisión de terminación por parte de Molina. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación a esta decisión, ingrese en la página web MolinaMarketplace.com, consulte la sección “Apelaciones y Quejas” de este Acuerdo o contacte al Centro de Apoyo al Cliente.

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

Reinscripción después de la terminación por falta de pago: Si se da por terminada la cobertura de un Suscriptor por falta de pago de la Prima y el mismo individuo se inscribe en Molina durante el Período de inscripción abierta o un Período de inscripción

especial para el año siguiente del plan, es posible que Molina requiera que el Suscriptor pague todas las Primas vencidas. Además, Molina requerirá el pago completo de la Prima del primer mes antes de aceptar la inscripción del Suscriptor. Si un Suscriptor paga todas sus Primas vencidas, los reclamos elegibles que se denegaron previamente debido a la falta de pago se volverán a procesar para el pago.

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

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La fecha de terminación es el primer día en el que un antiguo Miembro ya no está inscrito en Molina. La cobertura para un Miembro existente termina a las 11:59 p. m. hora del este del día anterior a la fecha de terminación. Molina proporcionará al Miembro un Aviso de terminación, que incluirá la razón de la terminación, al menos 30 días antes de la fecha de la terminación. Si Molina da por terminada la cobertura de un Miembro por cualquier razón, dicho Miembro debe pagar a Molina todos los montos adeudados en relación con su cobertura, incluidas las Primas, correspondientes al período anterior a la fecha de terminación. Excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional, si se da por terminada la cobertura de un miembro, se reembolsará en los siguientes (treinta) 30 días cualquier pago de Primas recibido en nombre del Miembro que corresponda a períodos posteriores a la fecha de terminación, menos los montos adeudados a Molina o a sus proveedores para la cobertura de Servicios cubiertos proporcionados antes de la fecha de terminación. Conforme a este Plan, Molina y sus Proveedores no tendrán ninguna responsabilidad ni obligación adicional. En caso de fraude o tergiversación intencional, Molina puede retener parte de este monto con el fin de recuperar las pérdidas ocasionadas por dicho fraude o tergiversación intencional. Molina podrá dar por terminado el Acuerdo de un Miembro o no renovarlo por cualquiera de las siguientes razones:

El Dependiente o niño no reúne los requisitos debido a su edad: Debido a su edad, un Dependiente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura solicitados por Marketplace y Molina. Consulte la sección “Interrupción de la cobertura de Dependientes” para obtener más información sobre la fecha en la que se hará efectiva la terminación.

El miembro no reúne los requisitos: Un Miembro ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura solicitados por Marketplace y Molina. Marketplace enviará al Miembro una notificación en la que le informará sobre la pérdida de la elegibilidad. Asimismo, Molina enviará una notificación por escrito al Miembro cuando se le informe que este ya no reside en el Área de servicio. La cobertura terminará a las 11:59 p. m.

del último día del mes posterior al mes en el que se envíen cualquiera de estos avisos al Miembro. El Miembro puede solicitar que se anticipe la fecha de terminación de la cobertura.

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

Fraude o tergiversación intencional: si el Miembro ha realizado un acto o práctica que constituye fraude o ha hecho una tergiversación intencional de un hecho material en relación con la cobertura, Molina enviará una notificación por escrito de terminación y la cobertura del Miembro finalizará a las 11:59 p. m., hora del este, del día 30 a partir de la fecha en que se envió la notificación. Si el Miembro ha cometido fraude o tergiversación intencional, Molina puede no aceptar la inscripción del Miembro en el futuro y puede denunciar cualquier acto criminal sospechoso a las autoridades. Los Miembros pueden apelar la rescisión de la cobertura.

Solicitud de cancelación de la inscripción por parte del Miembro: Los Miembros pueden solicitar la terminación de la inscripción al Mercado o a Molina. La cobertura finalizará 14 días después de que el Miembro notifique su solicitud de terminación de la inscripción.

Interrupción de un producto en particular: Molina decide dejar de ofrecer un producto en conformidad con la Ley Estatal. En tal caso, enviará una notificación por escrito en la que se informe dicha interrupción, al menos, noventa 90 días calendario antes de la fecha en la que se interrumpirá la cobertura.

Interrupción de toda la cobertura: Molina decide dejar de ofrecer toda cobertura de salud en un Estado de conformidad con la ley estatal. Molina enviará a los Miembros una notificación por escrito sobre dicha interrupción, al menos, 180 días calendario antes de la fecha en la que se interrumpirá la cobertura.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Los Miembros que reciben un Curso de Tratamiento Activo para Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante cuya participación con Molina está terminando sin causa, el Miembro puede tener el derecho de continuar recibiendo Servicios cubiertos de ese proveedor hasta que el Curso de tratamiento activo esté completo o por 90 días, lo que sea más corto, a costo compartido dentro de la red. Un Curso de Tratamiento Activo es:

- un Curso de tratamiento continuo para una “afección potencialmente mortal” que es una enfermedad o afección con una alta probabilidad de muerte a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección;
- un Curso de tratamiento continuo para una enfermedad grave que requiere cuidados complejos continuos que la persona cubierta está recibiendo actualmente, como quimioterapia, visitas postoperatorias o radioterapia;
- el tratamiento recibido durante el segundo o tercer trimestre de embarazo hasta el periodo posparto; o un tratamiento recibido en cualquier fase del embarazo que esté relacionado con un embarazo;

- cualquier tratamiento recibido para una enfermedad terminal; o
- un curso de tratamiento continuo para una condición de salud para la cual un médico tratante o un proveedor de atención médica atestigua que la interrupción de la atención por ese médico o proveedor de atención médica empeoraría la condición o interferiría con los resultados anticipados.

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

- Una vez que se efectúe exitosamente la transición de la atención médica a un Proveedor participante, si el Miembro elige realizar la transición de su atención;
- Al finalizar el curso del tratamiento antes del día 90 de continuidad de la atención;
- Al finalizar el día 90 de continuidad de la atención;
- Cuando el Miembro alcanza o supera el límite de beneficios que cubre su plan;
- Cuando la atención no sea médicamente necesaria;
- Si se excluye la atención de la cobertura de un Miembro;
- Si el Miembro ya no reúne los requisitos para la cobertura.

Molina proporcionará Servicios cubiertos a Costo compartido dentro de la red para el tratamiento de una afección médica solicitada específicamente hasta alcanzar el monto inferior entre la Cantidad autorizada de Molina y la tarifa acordada para tales servicios. Si Molina y el Proveedor no logran acordar una tarifa, el Miembro podrá ser responsable ante el Proveedor por cualquier monto facturado que exceda la Cantidad Autorizada de Molina. Eso se sumaría a cualquier monto de Costo compartido dentro de la red que los Miembros adeuden conforme a este Acuerdo. Asimismo, cualquier pago por los montos que superen el monto previamente contratado no se aplicará a su deducible o al máximo de gastos de su propio bolsillo anual.

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

- 1) Molina solo extenderá la cobertura de Servicios Cubiertos a Proveedores no participantes cuando se determine que es médicamente necesario, a través del proceso de revisión de la Autorización previa. Los Miembros pueden comunicarse con Molina para iniciar la revisión de la Autorización previa.
- 2) Molina solo proporcionará Servicios cubiertos a partir de la fecha de vigencia de la cobertura con Molina, no antes. Una aseguradora previa (si no se interrumpió la cobertura antes de inscribirse en Molina) puede ser responsable de la cobertura hasta la entrada en vigencia de la cobertura con Molina.
- 3) Después de la fecha de vigencia de la cobertura del Miembro, Molina puede coordinar la provisión de Servicios cubiertos por parte de cualquier Proveedor no participante en nombre del Miembro, para que se traslade la historia clínica, la administración de casos y la coordinación de transferencias a un Proveedor participante de Molina.

- 4) Para pacientes internados: Con la ayuda del Miembro, Molina puede comunicarse con cualquier Aseguradora anterior (si corresponde) con el fin de determinar la responsabilidad de dicha Aseguradora en el pago de los servicios hospitalarios para pacientes internados hasta el momento del alta. Si no hay una transición de la provisión de cuidado a través de la aseguradora anterior del Miembro o si este no tenía cobertura a través de una aseguradora en el momento de la admisión, Molina asumiría la responsabilidad de los Servicios cubiertos a partir de la fecha de vigencia de la cobertura con Molina, no antes.

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Si tiene una emergencia, llame al 911. En caso de una emergencia, los Miembros pueden llamar a una ambulancia o dirigirse a cualquier centro de emergencias, incluso si se trata de un Proveedor no participante o que se encuentra fuera del Área de servicio.

Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas: El personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, para responder a preguntas y ayudar a los Miembros a acceder a la atención médica. El número de la Línea de Consejos de Enfermería es (888) 275-8750.

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

- Servicios de emergencia
- Servicios posteriores a la estabilización, a menos que el Miembro renuncie a las protecciones de facturación del saldo
- Servicios de un Proveedor no participante en un Centro participante, a menos que el Miembro renuncie a las protecciones de Facturación del saldo
- Servicios de ambulancia aérea
- Servicios de un Proveedor no participante, que están sujetos a Autorización previa.
- Excepciones que se detallan a continuación, en la sección Proveedor no participante que proporciona un Servicio cubierto
- Excepciones que se detallan en la sección Continuidad de la atención
- Excepciones que se detallan en la sección Transición de la atención

Para localizar a un Proveedor participante, consulte el Directorio de Proveedores en MolinaMarketplace.com/IDFindCare o llame al Centro de Apoyo al Cliente. Como los Proveedores no participantes no están en la Red de Proveedores contratados de Molina, pueden facturar el saldo a los Miembros por la diferencia entre la Cantidad autorizada de Molina y la tarifa que ellos cobran, a menos que se apliquen las protecciones de Facturación del saldo.

Los miembros pueden consultar MolinaMarketplace.com o comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente para obtener información adicional sobre las protecciones de Facturación del saldo a través de las leyes federales y estatales.

Tarjeta de identificación del Miembro: Los Miembros deben llevar consigo su Tarjeta de identificación del Miembro (ID) en todo momento. Además, deben exhibirla cada vez que reciban Servicios cubiertos. Para obtener una tarjeta de identificación de reemplazo, visite MyMolina.com o comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente. Las versiones digitales de la tarjeta de identificación están disponibles en MyMolina.com y en la aplicación móvil de Molina.

Derecho del Miembro a obtener Servicios de atención médica no incluidos en la Póliza: Molina no prohíbe a los Miembros contratar libremente servicios de atención médica no incluidos en este Acuerdo en cualquier momento, conforme a los términos o condiciones que elijan. Sin embargo, los miembros serán 100 % responsables del pago de tales servicios; además, dichos pagos no se aplicarán al Deducible ni al OOPM de ninguno de los servicios en virtud de este Acuerdo. Para conocer las excepciones, los Miembros deben revisar la sección Servicios cubiertos de este Acuerdo y consultar las protecciones de Facturación del saldo aplicables a través de la ley federal y estatal.

Proveedor de atención primaria (PCP): Un Proveedor de atención primaria se ocupa de las necesidades habituales y básicas de atención médica. Los PCP prestan a los miembros servicios como exámenes físicos, inmunizaciones o tratamientos de enfermedades o lesiones que no requieren atención médica de urgencia o emergencia. Molina solicita a los Miembros que seleccionen un PCP del Directorio de proveedores. Si no se selecciona un PCP, Molina asignará uno.

Los Miembros pueden solicitar el cambio de su PCP en cualquier momento en MyMolina.com o comunicándose con el Centro de Apoyo al Cliente. Los cambios realizados para el día 25 del mes entrarán en vigor el primer día del siguiente mes calendario. Los cambios realizados luego del día 26 del mes entrarán en vigor el primer día del segundo mes calendario.

Cada familiar puede seleccionar un PCP diferente. Es posible seleccionar a un médico especializado en pediatría como PCP de un niño. Un médico ginecólogo/obstetra puede ser seleccionado como médico de cabecera de una Miembro, sin que se requieran remisiones. En ocasiones, es posible que un Miembro no pueda acceder al PCP que desea del Directorio de Proveedores. Esto puede suceder por los siguientes motivos:

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

Servicios de telemedicina: La telemedicina consiste en el uso de las telecomunicaciones y la informática para brindar acceso a la evaluación médica, el diagnóstico, la intervención, la consulta, la supervisión y la información a cualquier distancia. Este servicio incluye tecnologías como teléfonos, máquinas de fax, sistemas de correo electrónico y dispositivos de monitoreo remoto de pacientes, que se utilizan a fin de recolectar y transmitir los datos del paciente para su control e interpretación. Los

Servicios cubiertos también se encuentran disponibles a través de la Telemedicina, excepto en los casos específicamente determinados en este Acuerdo. La telemedicina incluye la telepsiquiatría. Para acceder a estos servicios, no se requiere el contacto en persona con el proveedor; además, el tipo de establecimiento donde se brindan no se encuentra limitado. Las siguientes disposiciones adicionales se aplican al uso de los servicios de Telemedicina:

- deben obtenerse de un Proveedor participante
- están destinados a utilizarse cuando se necesita atención en el momento, para asuntos médicos que no sean de emergencia
- son un método de acceso a los Servicios cubiertos, y no un beneficio separado
- no están permitidos cuando el Miembro y el Proveedor Participante están en la misma ubicación física
- no incluyen mensajes de texto, fax o correo electrónico.

Los servicios cubiertos proporcionados a través de la tecnología de almacenamiento y reenvío deben incluir una visita al consultorio en persona para determinar el diagnóstico o el tratamiento.

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

Objeciones morales: Es posible que algunos Proveedores participantes se opongan a proporcionarle algunos de los servicios Cubiertos conforme a este Acuerdo. Esto puede incluir la planificación familiar, los medicamentos anticonceptivos, dispositivos y productos aprobados por la FDA, que incluye la anticoncepción de emergencia, la esterilización (como la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto), la interrupción de embarazo, el suicidio asistido y otros servicios. Los miembros deben ponerse en contacto con los Proveedores participantes o el Centro de Apoyo al Cliente para asegurarse de que puedan recibir los servicios de atención médica que buscan. Molina ayudará a los Miembros para que reciban los Servicios cubiertos solicitados que brindan otros Proveedores participantes.

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

Los Miembros con discapacidades deben comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente para solicitar asistencia con las acomodaciones razonables..

Acceso físico: Se hizo todo lo posible para garantizar que las oficinas de Molina y los consultorios de los Proveedores participantes sean accesibles para personas con discapacidades. Los Miembros con necesidades especiales deben comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina al número que aparece en la página de bienvenida de este Acuerdo para encontrar un Proveedor participante apropiado.

Acceso para personas sordas o con problemas de audición: Llame al Centro de Apoyo al Cliente al número de TTY 711 para recibir ayuda.

Acceso para personas con visión disminuida o ciegas: Este Acuerdo y otros materiales importante sobre el producto estarán disponibles en formatos accesibles para personas con visión deficiente o ciegas: Hay disponibles formatos de disco de ordenador grandes y de impresión ampliada. Este Acuerdo también está disponible en formato de audio. Para obtener formatos accesibles o recibir ayuda directa en la lectura del Acuerdo y otros materiales, llame al Centro de Apoyo al Cliente.

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

AUTORIZACIÓN PREVIA

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

Visite MolinaMarketplace.com/MIGetCare para obtener una lista completa de los Servicios Cubiertos. La lista muestra qué servicios necesitan autorización previa y qué servicios no. Los Miembros también pueden llamar al Centro de Apoyo al Cliente.

Molina revisa las solicitudes de autorización previa después de recibir toda la información necesaria. Un Proveedor del Miembro puede solicitar que Molina acelere el proceso de autorización previa si la solicitud es urgente. Molina informará al Proveedor del Miembro sobre la decisión dentro del tiempo permitido por la ley estatal y federal.

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

Las reglas de autorización previa pueden cambiar. Los Miembros deben comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente o visitar MolinaMarketplace.com/MIGetCare antes de recibir ciertos servicios.

Plazos de autorización previa para servicios médicos:

- **Solicitudes de autorización previa de rutina:**
 - 7 días calendario
 - La solicitud se considera aprobada si Molina no la aprueba, deniega o solicita información adicional en un plazo de 7 días naturales a partir de la fecha y hora de la solicitud.

- Extensión: 7 días calendarios, de ser necesario Molina le informará de la razón de la demora.
- **Solicitudes de PA urgentes:**
 - 72 horas a partir de la solicitud
 - La solicitud se considera aprobada si Molina no la aprueba, deniega o solicita información adicional en un plazo de 72 días naturales a partir de la fecha y hora de la solicitud.
 - Extensión: Si necesitamos más información, Molina la solicitará. Molina decidirá dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la información o después de la fecha límite para presentarla, lo que ocurra primero.

Se utiliza el plazo urgente si el uso del plazo estándar:

- Puede amenazar seriamente su vida o su salud.
- Puede amenazar seriamente su capacidad para recuperar la función completa.
- Le causaría un dolor intenso que no se puede controlar sin la atención solicitada, según su proveedor.

Condiciones médicas de emergencia y servicios posteriores a la estabilización:

No necesitan autorización previa. Sin embargo, los servicios posteriores a la estabilización recibidos en el departamento de pacientes internados de un hospital están sujetos al proceso de Revisión Simultánea del paciente internado que se describe a continuación.

Medicamentos y Medicamentos recetados: las decisiones sobre la autorización previa y las notificaciones para el acceso a medicamentos que no figuran en el Formulario de Molina se proporcionarán como se describe en las secciones tituladas “Autorización previa”, “Acceso a medicamentos fuera del formulario” o “Solicitar una excepción de este Acuerdo”.

Necesidad médica: Las determinaciones sobre las Autorizaciones previas se realizan en función de una revisión de la Necesidad médica del servicio solicitado. Molina está aquí para ayudar a los Miembros durante todo este proceso. Si un Miembro tiene preguntas sobre cómo se puede aprobar un determinado servicio, visite MolinaMarketplace.com/MIGetCare o comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente. Molina puede explicarle cómo se toma ese tipo de decisión.

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

Molina no aprobará una Autorización previa si no se proporciona la información solicitada en relación con la revisión de la dicha autorización. Si una solicitud de servicio no es Médicamente necesaria, no será aprobada. Si el servicio solicitado no es un Servicio Cubierto, no será aprobado. Los miembros recibirán una notificación escrita

en la que se les informará el motivo por el que no se aprobó la solicitud de Autorización previa. El Miembro, su representante autorizado o su Proveedor pueden apelar la decisión. La carta de decisión de denegación informará a los Miembros sobre el proceso para apelar la decisión de denegación. Estas instrucciones se encuentran en la sección Reclamaciones y apelaciones de este Acuerdo. Los miembros pueden obtener los criterios de revisión clínica utilizados para determinar la necesidad médica de las solicitudes de autorización comunicándose con el Centro de Apoyo al Cliente.

Si el Miembro o su Proveedor deciden proceder con un servicio que no fue autorizado por Molina, el Miembro deberá pagar el costo de esos servicios.

Revisión de la utilización: el personal autorizado de Molina procesa las solicitudes de autorización previa y realiza revisiones simultáneas. Si se solicita, los Proveedores y Miembros que pidan una autorización para Servicios cubiertos recibirán un detalle de los criterios utilizados para tomar las determinaciones de cobertura. Cuando no se autoriza un servicio para un Miembro, Molina brinda ayuda e información sobre alternativas para la atención.

Revisión simultánea para pacientes hospitalizados: Molina realiza revisiones simultáneas en casos de pacientes internados. En el caso de las admisiones que no sean de emergencia, un miembro, su proveedor o el centro que lo admite deberán solicitar una precertificación al menos 14 días antes de la fecha del ingreso programado del miembro. Para la admisión de emergencia, un Miembro, su Proveedor o el centro que lo admite deben notificar a Molina dentro de las 24 horas después de que se admitió al Miembro o tan pronto como sea razonablemente posible. Cuando se trata de servicios médicos que requieren autorización previa para casos que no son emergencias de pacientes ambulatorios e internados, un miembro, su proveedor o el centro que lo admite deben notificar a Molina al menos 14 días antes de que se proporcione la atención médica ambulatoria o se programe el procedimiento.

Segunda opinión: Es posible que el Proveedor de un Miembro quiera que otro Proveedor revise la afección del Miembro, lo que se denomina Segunda opinión. Este Proveedor puede revisar la historia clínica del Miembro, programar una consulta y sugerir un plan de atención. Molina solo cubre Segundas opiniones cuando las proporciona un Proveedor participante.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

La Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) se aplica cuando una persona tiene cobertura para atención médica de más de un Plan. El plan se define a continuación. Las reglas de determinación de orden de beneficios rigen el orden en que cada Plan pagará una reclamación por beneficios. El plan que paga primero se llama plan Primario. El plan Primario debe pagar beneficios de acuerdo con sus términos de política, sin considerar la posibilidad de que otro Plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan Primario es 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 Permitido Total.

Definiciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

F. El padre o la madre con custodia es el padre o la madre que recibe la custodia de un niño por medio de un decreto judicial o, en ausencia de este, es el padre o la madre

con quien el niño reside más de la mitad del año calendario, excepto visitas provisionales.

Determinación del orden 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 primario paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro Plan.

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

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

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

- 1) No Dependiente o Dependiente. El plan que cubre a la persona que no sea un dependiente, por ejemplo como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado es el Plan Primario y el plan que cubre a la persona como dependiente es el Plan Secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan que cubre a la persona como dependiente, y primario al plan que cubre a la persona como otra categoría que no sea la de dependiente (p. ej., un empleado jubilado), entonces el orden de los beneficios entre los dos planes se invierte para que el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado sea el Plan Secundario y el otro, el Plan Primario.
- 2) Niño dependiente cubierto por más de un plan. A menos que exista un decreto judicial que indique lo contrario, cuando un hijo dependiente está cubierto por más de un plan, el orden de los beneficios se determina de la siguiente manera:
 - a. En el caso de un hijo dependiente cuyos progenitores estén casados o convivan, hayan estado casados o no, el plan del progenitor cuyo cumpleaños sea anterior en el año civil será el plan principal o, si ambos progenitores cumplen años el mismo día, el plan que haya cubierto al progenitor por más tiempo es el Plan primario.

- b. Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no viven juntos, independientemente de si se han casado o no: (i) Si un decreto judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del niño dependiente o de la cobertura de atención médica y el plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese plan es el primario. Esta norma se aplica a los años del plan que comiencen después de que el plan reciba la notificación del decreto judicial; (ii) Si un decreto judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de manutención médica o de la cobertura de salud del hijo a cargo, las disposiciones del Apartado (a) anterior determinarán el orden de los beneficios; (iii) Si un decreto del tribunal establece que los padres tienen custodia conjunta sin especificar que un padre tiene la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del niño dependiente, las disposiciones del párrafo (a) anterior determinarán el orden de los beneficios; o (iv) Si no existe un decreto judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo a cargo, el orden de los beneficios para el hijo será el siguiente:
- El plan que cubre al padre con custodia;
 - El plan que cubre al cónyuge del padre con custodia;
 - El plan que cubre al padre sin custodia; y luego
 - El Plan que cubre al cónyuge del padre sin custodia.
- c. En el caso de un niño dependiente cubierto por más de un plan de personas que no son los padres, las disposiciones de los Apartados a) o b) anteriores determinarán el orden de los beneficios como si esas personas fueran padres del niño.
- 3) Empleado activo o jubilado, o empleado despedido. El Plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no está despedido ni jubilado, es el Plan principal. El Plan que cubre a esa misma persona como un empleado retirado o despedido es el Plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado retirado o despedido. Si el otro Plan no tiene esta norma, y como resultado, los Planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de los beneficios, se ignora esta regla. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada bajo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.
- 4) COBRA o continuación de cobertura estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona conforme a la COBRA o bajo un derecho de continuación proporcionado por la ley estatal u otra ley federal está cubierta por otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado, o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado, es el Plan Primario, y la continuación de cobertura estatal, federal o de COBRA es el Plan Secundario. Si el otro Plan no tiene esta regla, y como resultado, los Planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada bajo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.

- 5) Mayor o menor duración de cobertura. El plan que cubrió a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado por más tiempo es el Plan Primario y el plan que cubrió a la persona el período más corto de tiempo es el Plan Secundario.
- 6) Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los Gastos permitidos se compartirán por igual entre los Planes que cumplan con la definición de Plan. Asimismo, este plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el Plan Primario.

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

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

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

Facilidad de pago: Un pago realizado bajo otro Plan puede incluir un monto que debería haber sido pagado bajo Este Plan. Si lo hace, Molina puede pagar ese monto a la organización que hizo ese pago. Ese monto se tratará entonces como si fuera un beneficio pagado bajo Este Plan. Molina no tendrá que volver a pagar ese monto. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios. Si el monto de los pagos realizados por Molina es mayor de lo que debería haber pagado conforme a esta disposición del COB, podrá recuperar el exceso de una o más de las personas a las que ha pagado o por quienes

ha pagado; o cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados a la persona cubierta. El monto de los pagos realizados incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

COSTOS COMPARTIDOS

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

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

SERVICIOS CUBIERTOS

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

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

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

Beneficios de salud esenciales: Los Servicios cubiertos para los Miembros incluyen los Beneficios de Salud Esenciales (EHB), según lo define la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) y sus normas federales correspondientes. Los servicios que no son EHB se detallarán específicamente en este Acuerdo.

La cobertura de EHB incluye, al menos, las 10 categorías de beneficios identificadas en ACA y sus normas federales correspondientes. Los Miembros no pueden quedar excluidos de la cobertura en ninguna de las 10 categorías de EHB. Tenga en cuenta que los Miembros no serán elegibles para los EHB pediátricos que son Servicios Cubiertos conforme a este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m., hora del este, del último día del mes en el que cumplen los diecinueve 19 años. Esto incluye la cobertura dental para pacientes pediátricos, que se puede comprar por separado a través de Marketplace, y la cobertura de servicios para el cuidado de la vista de pacientes pediátricos. En virtud de la ACA y sus normas federales correspondientes que regulan los EHB, se aplican las siguientes condiciones:

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

A los efectos del límite anual de los EHB, el Costo compartido se refiere a cualquier costo que un Miembro deba pagar para recibir los EHB. Dicho Costo compartido incluye los Deducibles, el Coseguro y los Copagos, pero excluye las primas y los gastos del Miembro en los servicios no cubiertos.

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

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

- Uno o más de los siguientes organismos aprueba o financia el estudio: los Institutos Nacionales de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, el Departamento de

Defensa de los Estados Unidos, el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, el Departamento de Energía de los Estados Unidos o un organismo no gubernamental de investigación calificado e identificado en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para los subsidios de apoyo a los centros; o

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

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

Trastorno del espectro autista (ASD): Molina cubre el diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del espectro autista (ASD, en inglés), entre los que se incluyen el trastorno autista, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, como se define en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico. Los servicios de autismo no están sujetos a límites cuantitativos o no cuantitativos; sin embargo, pueden aplicarse técnicas razonables de gestión médica. Los trastornos del espectro autista incluyen:

- Análisis de comportamiento aplicado
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Medicamentos recetados
- Atención psiquiátrica y psicológica

Cirugía bariátrica: Molina cubre la atención hospitalaria relacionada con procedimientos quirúrgicos bariátricos (incluidos alojamiento y comida, diagnóstico por imágenes, laboratorio, procedimientos especiales y servicios de Proveedores Participantes) cuando se realizan para tratar la obesidad mediante la modificación del tracto gastrointestinal para reducir la ingesta y absorción de nutrientes, si se cumplen todas las disposiciones siguientes:

- El Miembro completa el programa educativo preparatorio prequirúrgico aprobado por el grupo médico en relación con los cambios de estilo de vida necesarios para el éxito a largo plazo de la cirugía bariátrica
- Un proveedor participante que es médico especialista en atención bariátrica determina que la cirugía es Medicamento Necesaria

El tratamiento quirúrgico de la obesidad está limitado a una vez en la vida, a menos que sea Medicamento Necesario. Una segunda cirugía de la obesidad no está cubierta, incluso si la cirugía inicial de la obesidad se produjo antes de la cobertura de este Plan.

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

- Las pruebas y los exámenes de cáncer preventivos (consulte la sección “Servicios médicos preventivos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Las pruebas de diagnóstico, laboratorio y procedimientos
- La evaluación dental, las radiografías, el tratamiento con fluoruro y las extracciones necesarias a fin de preparar la mandíbula del Miembro para la radioterapia contra el cáncer y otras enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello.
- Las mastectomías (extirpación de las mamas) y las disecciones de los ganglios linfáticos para el tratamiento contra el cáncer de mama.
- Los servicios relacionados con la mastectomía (consulte las secciones “Cirugía reconstructiva” y “Dispositivos protésicos y ortésicos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Costos de atención de pacientes de rutina para los Miembros que participan en un Ensayo Clínico Aprobado para el cáncer (consulte la sección “Ensayos clínicos aprobados” de este Acuerdo para obtener más información).
- Los medicamentos recetados contra el cáncer (consulte la sección “Medicamentos recetados” de este Acuerdo para obtener más información).

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

- Servicios dentales para el tratamiento con radioterapia.
- Anestesia dental, cuando sea médicamente necesaria, si se cumplen todos los requisitos siguientes:
 - El Miembro es menor de 7 años, tiene una discapacidad de desarrollo o su salud está comprometida
 - El estado clínico o la afección subyacente requiere que el procedimiento dental se realice en un hospital o centro de cirugía ambulatoria
 - El procedimiento dental normalmente no requiere anestesia general.
- Servicios dentales y de ortodoncia que forman parte integrante de una cirugía reconstructiva del paladar hendido
- Servicios para tratar el Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ, en inglés) (Consulte la sección Síndrome de la Articulación Temporomandibular de este Acuerdo).

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

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

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

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

- Los servicios son proporcionados por un Proveedor participante.
- El Miembro cumple con todos los criterios médicos desarrollados por Molina.

Servicios de emergencia: Los Servicios de emergencia está disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana para los miembros de Molina. Si los Miembros creen que tienen una emergencia, deberían hacer lo siguiente:

- Llamar al 911 de inmediato.
- Dirigirse al hospital más cercano o a la sala de emergencias.

Para recibir los Servicios de emergencia, los Miembros deben presentar su Tarjeta de identificación del miembro. Aquellos miembros que no estén seguros de si requieren Servicios de emergencia, pero que necesitan atención médica, deben llamar a su PCP o al número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día. No vaya a la sala de emergencias de un hospital si su afección no es una emergencia.

Servicios de emergencia cuando el Miembro se encuentra fuera del Área de servicio de Molina: Los miembros deben ir a la sala de emergencias más cercana para recibir atención cuando estén fuera del Área de Servicio de Molina cuando crean que tienen una emergencia. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente en un plazo de 24 horas o tan pronto como pueda.

Servicios de emergencia prestados por un Proveedor no Participante: En Molina, están cubiertos los Servicios de emergencia obtenidos de Proveedores no participantes de conformidad con las leyes federales y estatales. Los Servicios de Emergencia, ya sea de Proveedores Participantes o Proveedores no Participantes, están sujetos al Costo compartido para los servicios de emergencia en el Programa de Beneficios. Los servicios de emergencia para el tratamiento de un problema médico de emergencia están sujetos a costos compartidos. Esto es cierto ya sea de proveedores participantes o proveedores no participantes. Consulte Costos compartidos para servicios de emergencia en el Programa de beneficios.

Importante: Salvo que la Ley Estatal exija lo contrario, cuando Proveedores No Participantes presten Servicios de Emergencia para el tratamiento de un Trastorno Médico de Emergencia, los reclamos por los Servicios de Emergencia se pagarán hasta alcanzar la Cantidad Autorizada de Molina.

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

Traslado a un hospital de Proveedores Participantes: Se requiere Autorización Previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de Servicios de Emergencia, Servicios Post-Estabilización y otras excepciones identificadas en este Acuerdo. En el caso de los Miembros que son admitidos en un centro de Proveedores no Participantes para recibir Servicios de Emergencia, Molina trabajará con el Miembro y su Proveedor para proporcionar el traslado a un centro de proveedores participantes una vez estabilizado el paciente. Si la cobertura del Miembro termina durante una estadía en el hospital, los servicios recibidos después de la fecha de terminación no constituyen Servicios Cubiertos.

Si el Miembro rechaza la transferencia, los servicios adicionales proporcionados en el centro del Proveedor no participante, incluidos los Servicios posteriores a la estabilización, no son Servicios cubiertos. Es posible que los servicios no cubiertos no tengan derecho a las protecciones de Facturación del saldo y el proveedor pueda facturar el saldo a los miembros por estos servicios. El Miembro será 100 % responsable del pago y los pagos no se aplicarán a su Máximo anual de gastos de bolsillo.

Transporte médico de emergencia: El Transporte Médico de Emergencia (ambulancia terrestre y aérea), o los servicios de transporte de ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia 911 están cubiertos cuando son Medicamente Necesarios. Estos servicios están cubiertos solo cuando otros tipos de transporte pondrían en riesgo la salud o la seguridad del Miembro. Los Servicios de transporte de emergencia, ya sea de Proveedores Participantes o Proveedores no Participantes, están sujetos al Costo Compartido identificado en el Programa de Beneficios.

Planificación familiar: Molina cubre los servicios de planificación familiar, incluidos todos los métodos anticonceptivos de cada categoría aprobados por la FDA con \$0 de costo compartido. Molina también cubre los productos y servicios no incluidos en una categoría de anticoncepción descrita en las pautas respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) si su proveedor participante determina que son Medicamente Necesarios. Otros servicios de planificación familiar incluyen los siguientes;

- Diagnóstico y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (STD) si se indican médicamente
- Suministros anticonceptivos recetados, lo que incluye suministros anticonceptivos de emergencia provistos por un farmacéutico Proveedor participante o por Proveedor no participante, en el caso de una emergencia
- Asesoramiento y educación sobre la planificación familiar, que incluye la instrucción por parte de Proveedores Participantes en métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, incluida la amenorrea de la lactancia
- Cuidado de seguimiento por cualquier problema que pueda tener el Miembro al usar métodos anticonceptivos provistos por los proveedores de planificación familiar

- Análisis de laboratorio, si se indican médicamente, como parte del proceso de decisión de los métodos anticonceptivos entre los que puede elegir el Miembro
- Pruebas de embarazo y asesoramiento
- Exámenes preventivos, pruebas y asesoramiento de personas en riesgo de HIV y remisiones para el tratamiento
- Servicios de esterilización voluntaria, incluida la ligadura de trompas (para las mujeres) y la vasectomía (para los hombres) y los gastos relacionados con el procedimiento (anestesia, etc.)
- Cualquier otra consulta, examen, procedimiento y servicio médico ambulatorio que sea necesario para recetar, administrar, mantener o interrumpir un anticonceptivo
- Diagnósticos de infertilidad

Complementos alimenticios y fórmulas: Molina cubre la alimentación suplementaria por sonda (alimentación enteral) y por vía intravenosa (alimentación parenteral). Están cubiertos los nutrientes, suministros, accesorios y equipos necesarios para administrar estos tipos de nutrición.

Servicios de recuperación de las habilidades: Molina cubre los servicios y los dispositivos autorizados de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus destrezas y tareas para continuar su vida diaria. Incluyen la fisioterapia, la terapia del habla, la terapia ocupacional y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos de pacientes internados y/o ambulatorios. Tenga en cuenta que los límites de visitas para fisioterapia (incluidos los servicios quiroprácticos), terapia ocupacional y logopedia que figuran en el Programa de Beneficios no se aplican cuando dichas terapias se proporcionan en el marco de los beneficios relacionados con el Trastorno del Espectro Autista.

Educación para la salud: Molina cubre los siguientes servicios de educación para la salud:

- Gestión de enfermedades crónicas
- Clases de maternidad
- Asesoramiento para dejar de fumar
- Servicios de dietista con un Proveedor Participante, hasta 6 visitas al año

Atención médica a domicilio: Molina cubre servicios de atención médica a domicilio de medio tiempo y de forma intermitente a un Miembro confinado a su casa debido a una enfermedad física si el Miembro cuenta con una autorización previa y si se contrata a una agencia de atención médica a domicilio para que provea los servicios. La atención médica a domicilio no está limitada, salvo por las técnicas de gestión médica. Molina cubre los siguientes servicios de atención médica domiciliaria:

- Servicios de atención médica domiciliaria
- Servicios de asistencia médica domiciliaria
- Servicios sociales médicos
- Suministros médicos
- Aparatos médicos necesarios

- Consultas de enfermería y servicios de enfermería especializada de medio tiempo.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria.

Servicios de cuidados paliativos: Molina cubre los servicios de los centros de cuidado paliativo para los Miembros con enfermedades terminales (con una esperanza de vida de 12 meses o menos). Los Miembros pueden elegir el cuidado del centro de atención médica para pacientes terminales en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por este plan. Molina cubre los servicios de cuidados paliativos a domicilio. Los cuidados paliativos en una habitación semiprivada en un centro de cuidados paliativos se limitan a 45 días por año natural. Molina también cubre los cuidados de relevo (hasta 7 días por suceso).

Servicios hospitalarios para pacientes internados: los miembros deben contar con una autorización previa antes de recibir los servicios hospitalarios cubiertos, excepto en el caso de servicios de emergencia y los servicios posteriores a la estabilización. Los Servicios posteriores a la estabilización en un Hospital Proveedor no Participante después de la admisión al hospital para recibir servicios de emergencia estarán cubiertos siempre que la cobertura del Miembro con Molina no haya terminado y el Miembro no haya renunciado a las protecciones de facturación del saldo de conformidad con la ley federal. Si la cobertura de Molina termina durante una estadía en el hospital, los servicios que el Miembro reciba después de la fecha de terminación de la cobertura no son Servicios Cubiertos.

Los servicios Medicamento Necesarios para pacientes internados son general y habitualmente proporcionados por hospitales generales de cuidados intensivos dentro de nuestra área de servicio: Molina cubre los cuidados intensivos a largo plazo. Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros, enfermería privada, bandejas para invitados y artículos de conveniencia para el paciente.

Análisis de laboratorio, servicios de radiología (radiografías) y servicios especializados de exploración: Molina cubre análisis de laboratorio, servicios de radiología (incluidas las radiografías) y servicios de exploración en la consulta de un Proveedor Participante. Los servicios de exploración cubiertos pueden incluir exploraciones por tomografía computarizada (CT, en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés) y resonancia magnética (MRI, en inglés), con Autorización previa. Molina puede ayudar a los Miembros a seleccionar un centro apropiado para recibir estos servicios. La cobertura limitada para las radiografías dentales y las relacionadas con la ortodoncia, que son Medicamento necesarias, se detalla en la sección “Servicios dentales y de ortodoncia” de este Acuerdo. Molina cubre los servicios de diagnóstico del cáncer de mama.

Servicios de salud mental (pacientes hospitalizados y ambulatorios): Molina cubre Servicios de Salud Mental cuando los proporcionan Proveedores Participantes y centros que brindan atención dentro del alcance de su licencia. Molina cubre el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales, que incluyen servicios para el

tratamiento de la disforia de género. Molina puede requerir autorización para la cobertura de servicios, incluidos los servicios para pacientes internados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. El proceso de autorización de revisión simultánea se aplica a todas las admisiones involuntarias. Consulte la sección “Revisión simultánea para pacientes internados” de este Acuerdo para obtener más información.

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

Molina no cubre asesoramiento o terapia profesional, matrimonial, parental o laboral. Además, no están cubiertos el tratamiento o las pruebas dentro de un entorno de hospitalización relacionados con los Trastornos generalizados del desarrollo, incluido el trastorno del espectro autista, las discapacidades de aprendizaje y/o las discapacidades cognitivas. Molina no cubre los servicios para afecciones de salud mental que el DSM identifica como algo distinto de un Trastorno mental.

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

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

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

Cirugía ortognática: Molina cubre los servicios de cirugía ortognática. Este tratamiento quirúrgico consiste en restaurar los huesos u otras partes de la mandíbula para corregir un defecto congénito de nacimiento, el efecto de una enfermedad o lesión o para

corregir otras deficiencias funcionales. Se requiere autorización Previa para estos servicios. La cobertura se limita a lo siguiente:

- Atención de remisiones para evaluación y tratamiento ortognático
- Estudio cefalométrico y radiografías
- Cirugía ortognática y cuidados postoperatorios, incluida la hospitalización en caso necesario.

Servicios médicos: Molina cubre, entre otros, los siguientes servicios médicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios:

- Visitas al consultorio, que incluyen:
 - Suministros médicos asociados
 - Consultas prenatales y postnatales
 - Visitas a especialista
 - Servicios en centros no hospitalarios
- Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el Proveedor ya sea en el consultorio del médico o en un entorno para pacientes ambulatorios o internados.
- Procedimientos diagnósticos, incluidas colonoscopias; pruebas cardiovasculares, incluidos estudios de función pulmonar; y procedimientos neurológicos/neuromusculares
- Radioterapia (los Miembros pueden estar sujetos a Costos compartidos profesionales y del centro según el lugar del servicio)
- Exámenes de salud pediátricos y de adultos de rutina
- Inyecciones, pruebas y tratamientos contra las alergias.
- Exámenes de rutina y la atención prenatal proporcionados por un obstetra ginecólogo. Las Miembros pueden seleccionar un obstetra ginecólogo como su PCP. Las mujeres Dependientes tienen acceso directo a la atención obstétrica y ginecológica.
- Estudios del sueño (Es posible que se apliquen costos compartidos del centro separados)
- Evaluación y tratamiento del dolor crónico

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

- Atención de maternidad ambulatoria, que incluye suministros Médicamente necesarios para un parto domiciliario.
- Servicios para complicaciones del embarazo, incluidas aflicción fetal, diabetes gestacional y toxemia
- Servicios de laboratorio, incluido el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto mediante procedimientos de diagnóstico en casos de embarazo de alto riesgo.
- Atención en hospital para pacientes internados durante 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea. Si el parto se

produce en un hospital, la duración de la estancia comienza en el momento del parto. Si el parto no se produce en un hospital, la duración de la estancia comienza en el momento del ingreso al hospital. No se requiere autorización previa. Las hospitalizaciones más largas requieren que el Miembro o su Proveedor notifiquen a Molina.

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

Interrupción del embarazo: Molina cubre los servicios de interrupción del embarazo no electivos médicamente necesarios en la medida en que lo exija la Ley de Atención Médica Asequible, la ley federal y cualquier ley estatal.

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

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

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

Si una recomendación o directriz gubernamental existente o nueva no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el establecimiento para la prestación de un servicio preventivo, entonces Molina puede imponer límites razonables de cobertura a dicha atención preventiva. Cobertura

Los límites de cobertura serán conforme a la ACA, sus normas federales correspondientes y las leyes estatales aplicables.

Dispositivos protésicos y ortóticos, implantados internamente o externos: Molina cubre los dispositivos internos y externos que se enumeran a continuación. Se requiere Autorización previa.

Dispositivos implantados internamente:

- Implantes cocleares.
- Articulaciones de cadera.
- Lentes intraoculares.
- Dispositivo auditivo oseointegrado.
- Marcapasos.

Dispositivos externos:

- Extremidades artificiales necesarias debido a la pérdida como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito.
- Prótesis a medida tras mastectomía
- Dispositivos podológicos para prevenir o tratar las complicaciones relacionados con la diabetes.

La cobertura depende de que se cumplan todos los siguientes requisitos:

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

La cobertura de dispositivos protésicos y ortóticos incluye servicios para determinar si el Miembro necesita un dispositivo protésico u ortótico, el talle y el ajuste del dispositivo, la reparación o sustitución del dispositivo (excepto en caso de pérdida o mal uso).

Molina no cubre aparatos ortóticos que enderecen o den nueva forma a una parte del cuerpo. Algunos ejemplos incluyen productos ortóticos para los pies, bandas craneales y algunos tipos de soportes, incluidos aparatos ortóticos sin receta médica. Sin embargo, se cubren los soportes que estabilizan una parte del cuerpo lesionada y los soportes para tratar la curvatura de la columna vertebral. Para obtener más información sobre la cobertura, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente.

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

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, de modo que una intervención quirúrgica es necesaria para mejorar la función.
- Extirpación de toda una mama o parte de ella (mastectomía), reconstrucción de la mama después de una mastectomía Médicamente necesaria, cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica después de la reconstrucción de una mama y tratamiento de las complicaciones físicas, incluidos los linfedemas..

Las siguientes cirugías médicamente necesarias:

- Blefaroplastia de párpados superiores
- Reducción de mamas
- Tratamiento quirúrgico de la ginecomastia masculina
- Paniclectomía
- Tratamientos del apnea del sueño, incluye rinoplastia y septorinoplastia

Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva no están cubiertos:

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

Servicios de rehabilitación: Molina cubre servicios que ayudan a los Miembros a mantener, recuperar o mejorar las destrezas y el funcionamiento para la vida diaria que se perdieron o deterioraron a causa de una enfermedad, una lesión o una discapacidad. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, logopedia, rehabilitación cardíaca y pulmonar y servicios de rehabilitación psiquiátrica en diversos entornos hospitalarios y/o ambulatorios. Tenga en cuenta que los límites de visitas para fisioterapia (incluidos los servicios quiroprácticos), terapia ocupacional y logopedia que figuran en el Programa de Beneficios no se aplican cuando dichas terapias se proporcionan en el marco de los beneficios relacionados con el Trastorno del Espectro Autista.

Centro de enfermería especializada: Molina cubre 45 días por año calendario en un centro de enfermería especializada (SNF) para un Miembro si el SNF es un Proveedor Participante y los servicios cuentan con autorización previa antes de comenzar. Entre los servicios de SNF cubiertos, se incluyen los siguientes:

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

Trastorno por consumo de sustancias (pacientes internados y ambulatorios): Molina cubre el tratamiento Médicamente necesario del trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados y ambulatorios. La cobertura para pacientes internados, en un hospital que sea un Proveedor Participante, solo está cubierta para el

manejo médico de los síntomas de la abstinencia. Molina puede requerir previa autorización para la cobertura de servicios, incluidos los servicios para pacientes internados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. Molina cubre la siguiente atención médica ambulatoria para el tratamiento del Trastorno por consumo de sustancias:

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

La atención ambulatoria para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias no incluye terapia ni asesoramiento para ninguno de los siguientes temas: trayectoria profesional, matrimonio, divorcio, paternidad, trabajo, discapacidades de aprendizaje y discapacidad mental.

Cirugía (pacientes hospitalizados y ambulatorios): Molina cubre los servicios quirúrgicos para pacientes internados y ambulatorios que se enumeran a continuación cuando se proporcionan en un centro Proveedor Participante. Se requiere autorización previa. Los servicios quirúrgicos para pacientes internados incluyen lo siguiente:

- Anestesia
- Medicamentos contra el cáncer
- Planificación del alta
- Quirófano y habitación de recuperación

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

- Centro de cirugía ambulatoria (incluidos los gastos quirúrgicos del médico, los gastos de cirugía ambulatoria y los gastos de vasectomías ambulatorias)
- Quirófano del hospital.
- Clínica.
- Consultorio del médico.

Consulte el Programa de Beneficios a fin de conocer los servicios de atención médica ambulatoria en un hospital/centro o los servicios hospitalarios para pacientes internados a fin de determinar el costo compartido aplicable del Miembro.

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

- La condición es causada por una deformidad, enfermedad o lesión congénita, del desarrollo o adquirida.

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

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

Servicios de atención de urgencia: Molina cubre los servicios de atención de urgencia, los cuales están sujetos al Costo Compartido en el Programa de Beneficios. Los Miembros deben obtener los Servicios de atención de urgencia de un Proveedor Participante. Los Servicios de atención de urgencia son los servicios de atención de salud necesarios para prevenir el grave deterioro de la salud por una enfermedad o lesión médica imprevista. Para los Servicios de atención de urgencia o fuera del horario de atención, los Miembros deben llamar a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermería. Los Miembros que se encuentran dentro del área de servicio de Molina, pueden preguntar a su PCP qué centro de atención médica de urgencia es el Proveedor Participante que debe usar. Es mejor averiguar el nombre del proveedor de centro de atención de urgencia participante con anticipación.

Servicios para la vista (Adultos y pediátricos): Molina cubre los exámenes de la vista para personas diabéticas (exámenes retinianos dilatados) cada año calendario para todos los Miembros. Molina también cubre servicios para el tratamiento médico y quirúrgico de lesiones o enfermedades que afectan el ojo.

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

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

- Lentes de contacto Médicamente necesarios para condiciones médicas especificadas.

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

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

- Examen integral de la vista limitado a uno por año calendario.
- Exámenes de detección de la retina de rutina (se aplica copago)
- Anteojos limitados a un par cada año calendario.
- No se cubren las lentes de contacto en lugar de las gafas La cirugía de corrección láser no está cubierta.

Servicios de pérdida de peso: Molina cubre los programas de pérdida de peso supervisados por un médico que Molina haya revisado y aprobado o según se indique en las políticas médicas de Molina.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Fármacos, Medicamentos y Equipo médico duradero: Molina cubre los medicamentos solicitados por Proveedores, aprobados por Molina y obtenidos por medio de farmacias de la red de Molina. Los medicamentos cubiertos incluyen medicamentos de venta libre (OTC, en inglés) y medicamentos recetados detallados en el Formulario. Además, Molina cubre medicamentos pedidos o entregados en un centro participante cuando se proporcionan en relación con un Servicio cubierto. Es posible que se requiera una Autorización previa para que se cubran ciertos medicamentos. Un Proveedor legalmente autorizado para escribir recetas médicas, también conocido como Recetador, puede solicitar una Autorización previa en nombre de un Miembro, y Molina notificará al Proveedor si la solicitud se aprueba o deniega, según la revisión de la Necesidad médica.

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

También puede obtener una copia impresa solicitándola en el Centro de Apoyo al Cliente.

Formulario de Molina: Molina establece una lista de medicamentos, dispositivos y suministros que se cubren mediante el beneficio de farmacia del Plan. La lista de productos cubiertos se conoce como el “Formulario”. En ella se incluyen todos los productos recetados y de venta libre que los Miembros del Plan pueden obtener en una farmacia, junto con cualquier requisito, limitación o restricción de cobertura de los productos enumerados. El Formulario se encuentra disponible para los Miembros en MolinaMarketplace.com/MIFormulary2024. También se puede solicitar una copia impresa. Un grupo de profesionales médicos que forman parte de Molina, y también externos, seleccionan los productos que se incluyen en el Formulario. Este grupo revisa el Formulario regularmente y realiza cambios cada tres meses, en función de las actualizaciones de la práctica médica basada en la evidencia, la tecnología médica y los medicamentos genéricos y de marca registrada nuevos en el mercado.

Acceso a medicamentos fuera del Formulario: El Formulario permite que los Miembros y sus Recetadores sepan qué productos están cubiertos por el beneficio de farmacia del Plan. El hecho de que un medicamento aparezca en la lista del Formulario no garantiza que un Recetador lo prescriba para un Miembro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Costos compartidos: Molina ubica los medicamentos en diferentes niveles, denominados “categorías”, desde Medicamentos preventivos hasta Medicamentos especializados de marca y genéricos, según su desempeño a la hora de mejorar la

salud y su valor en comparación con otros tratamientos similares. En el Programa de Beneficios, se puede consultar el Costo compartido del Miembro para un suministro de un mes, sobre la base de estas categorías.

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

Categoría de medicamento	Descripción
Medicamentos preventivos	Medicamentos y servicios médicos preventivos y formas de dosificación reconocidos a nivel nacional, medicamentos y dispositivos de planificación familiar (p. ej., anticoncepción) con costo compartido de \$0; también otros medicamentos con costo compartido de \$0 cuando corresponda.
Medicamentos genéricos preferidos	Medicamentos genéricos preferidos: menor Costo compartido.
Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos de marca registrada preferidos: mayor Costo compartido que los Medicamentos genéricos preferidos.
Medicamentos no preferidos.	Medicamentos de marca registrada y genéricos no preferidos: mayor Costo compartido que los Medicamentos de marca registrada y genéricos preferidos que se utilizan para tratar las mismas afecciones.
Medicamentos especializados	Medicamentos especializados (de marca registrada y genéricos); Medicamentos que requieren un manejo especial, asesoramiento o seguimiento complejo, distribución limitada u otros requisitos de farmacia especiales. Mayor costo compartido que los medicamentos de categoría inferior utilizados para tratar las mismas afecciones, si están disponibles. Según las reglas estatales, Molina puede solicitar a los Miembros que utilicen una farmacia especializada de la red.
DME	Equipo médico duradero (DME): se aplica el Costo compartido; algunos productos que no son medicamentos en el Formulario tienen costos compartidos determinados por el coseguro del DME.

Costo compartido en las excepciones de Formulario: Para acceder a medicamentos u otros productos que estén aprobados por excepción de Formulario, el Miembro tendrá el costo compartido de los Medicamentos de marca y genéricos no preferidos para productos no especializados o de los Medicamentos especializados de marca y genéricos para productos especializados. Tenga en cuenta que para los

productos de marca registrada que no forman parte del Formulario, cuando existe un producto genérico similar incluido en el Formulario y si la cobertura se aprueba por excepción, el costo compartido del Miembro también incluirá la diferencia de costo entre el medicamento genérico del Formulario y el medicamento de marca registrada.

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

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

Asistencia con el Costo compartido y Gastos de bolsillo para medicamentos: La reducción del Costo compartido para cualquier medicamento recetado que el Miembro obtenga mediante el uso de una tarjeta de descuento o un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos recetados, o cualquier otra forma de asistencia de terceros con el Costo compartido de medicamentos recetados, no se aplicará a ningún Deducible ni al Máximo anual de gastos de bolsillo conforme al Plan.

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

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

MolinaMarketplace.com/MIFormulary2024, o comuníquese con Apoyo al Cliente para obtener más información sobre la cobertura.

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

Terapia con hormonas del crecimiento: Molina cubre las inyecciones de hormona de crecimiento humano médicamente necesarias para los Miembros. Los medicamentos cubiertos se mencionan en el Formulario.

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

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

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

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

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

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

Disponibilidad de pedidos por correo de medicamentos del Formulario: Molina ofrece a los Miembros una opción de pedido por correo para ciertos medicamentos en las categorías Medicamentos preventivos, Medicamentos genéricos preferidos, Medicamentos de marca preferidos y Medicamentos genéricos y de marca no preferidos. Los medicamentos elegibles están marcados como “CORREO” en el Formulario. Los medicamentos del Formulario serán enviados por correo al Miembro dentro de los 10 días siguientes a la solicitud y aprobación del pedido. Con esta opción, los Miembros pueden obtener un suministro de 3 meses de medicamentos elegibles a un menor Costo compartido. El costo compartido de un suministro de 3 meses mediante el método de pedido por correo se aplica - a una tasa de dos veces y medio el Costo compartido de un suministro de un mes en la categoría del Formulario del medicamento. Los medicamentos de las categorías Medicamentos de marca y genéricos de especialidad no son elegibles para programas de suministro de 90 días como el pedido por correo, aunque la mayoría de los medicamentos especializados serán enviados directamente al miembro. Para obtener más información, consulte

MolinaMarketplace.com/MIFormulary2024 o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES

Ciertos equipos y servicios están excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo. Estas exclusiones se aplican independientemente de si los servicios están dentro del ámbito de la licencia de un Proveedor, excepto cuando se indique expresamente lo contrario en esta Sección, o cuando lo exija la ley estatal. Esta no es una lista exhaustiva de los servicios que están excluidos de la cobertura de este Plan. Comuníquese con el Departamento de Cliente de Molina si tiene preguntas sobre las exclusiones.

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

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

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

- Obtener o mantener empleo o participación en programas de empleados
- obtener cobertura médica, seguro de vida o licencia
- cumplir con una orden judicial o requeridos para libertad bajo fianza o libertad condicional.

Servicios quiroprácticos: Los servicios quiroprácticos no están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a ningún servicio cubierto específicamente en cualquier sección de este Acuerdo, incluidas las secciones de Servicios de Habilidadación y Rehabilitación.

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

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

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

Suministros desechables: No se cubren los suministros desechables de uso domiciliario, como vendas, gasas, cintas, antisépticos, vendajes, vendas elásticas, pañales, protectores absorbentes y otros suministros para la incontinencia.

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

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

Terapia genética, terapia celular y terapia genética basada en células: La mayoría de las terapias genéticas, terapias celulares y terapias genéticas basadas en células,

incluidos los medicamentos recetados, los procedimientos o los servicios de atención médica relacionados con estas terapias, no están cubiertas. Molina cubre servicios limitados de terapia genética, terapia celular y terapia genética basada en células acuerdo con las políticas médicas de Molina y sujeto a autorización previa.

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

Servicios homeopáticos y holísticos: La acupuntura y otros servicios no tradicionales, incluidos, entre otros, los tratamientos holísticos y homeopáticos, el yoga, el reiki, la terapia de masajes y la terapia Rolf, no están cubiertos.

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

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

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

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

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

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

Servicios de no emergencia obtenidos en una sala de emergencias: Los servicios proporcionados dentro de una sala de emergencia por un Proveedor participante o no participante, que no cumplan la definición de Servicios de emergencia, no están cubiertos.

Nutrición oral: No se cubre la nutrición oral para pacientes ambulatorios, como los suplementos dietéticos o nutricionales, los suplementos, los suplementos herbarios, las ayudas para la pérdida de peso y los alimentos.

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

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 que se realiza para alterar o reformar las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia

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

- Un hospital.
- Un centro de enfermería especializada,
- Un centro de servicios de cuidado de respiro para pacientes internados cubiertos, de acuerdo con la sección "Servicios de cuidado paliativo".
- Un centro con licencia que brinda servicios residenciales de crisis cubiertos por la sección de Servicios de salud mental (pacientes internados y ambulatorios), o
- Una instalación autorizada que proporciona servicios de recuperación residencial de transición cubiertos por la sección Trastornos por consumo de sustancias (Pacientes internados y ambulatorios).

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

Servicios no aprobados por la FDA: No se cubre ningún medicamento, suplemento, prueba, vacuna, dispositivo, material radioactivo ni cualquier otro servicio que, por ley,

requiera la aprobación de la FDA para su venta en los EE. UU. y que no cuente con dicha aprobación. Esta exclusión se aplica a los servicios prestados en cualquier lugar, incluso fuera de los EE. UU.; por otra parte, esta exclusión no se aplica a los Servicios cubiertos conforme a la sección “Ensayos clínicos aprobados”. Consulte la sección “Apelaciones y Reclamaciones” para obtener información sobre las solicitudes denegadas de Servicios experimentales o de investigación.

Servicios prestados fuera del Área de servicio: Salvo que se estipule lo contrario en el presente Acuerdo, no están cubiertos los servicios y suministros prestados a un Miembro fuera del Área de Servicio a la que el Miembro se desplazó con el fin de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos. Además, tampoco se cubre la atención médica primaria, la atención médica preventiva, la atención primaria, el cuidado especializado y los servicios para pacientes internados cuando se suministran fuera del Área de servicio. Cuando la muerte ocurre fuera de los Estados Unidos, no se cubre la evacuación médica ni la repatriación de los restos. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente para obtener más información.

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

Servicios relacionados con un servicio no cubierto Cuando un servicio no está cubierto, los servicios relacionados con ese servicio tampoco están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a los servicios que Molina cubriría de otro modo para tratar complicaciones del servicio no cubierto. Molina cubre todos los servicios médicos básicos Medicamente necesarios para las complicaciones de un Servicio no cubierto. Si, más tarde, un Miembro sufre una complicación potencialmente mortal, como una infección grave, esta exclusión no aplica. Molina cubrirá cualquier servicio que, en otra circunstancia, cubriría para tratar esa complicación.

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

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

Gastos de viaje y alojamiento: Los gastos de viaje y alojamiento no están cubiertos. Molina puede pagar ciertos gastos que Molina preautoriza de acuerdo con las directrices de viaje y alojamiento de Molina.

RECLAMACIONES

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

- alta de servicios para pacientes internados o la fecha de servicio para pacientes ambulatorios; y
- al Proveedor se le ha proporcionado el nombre y la dirección correctos de Molina.

Si Molina no es el pagador principal según la coordinación de beneficios o la responsabilidad de terceros, el Proveedor debe presentar los reclamos a Molina dentro de los 30 días calendario posteriores a la determinación final del pagador principal. Salvo que la ley estatal disponga lo contrario, los reclamos que no sean presentados a Molina dentro de estos plazos no son elegibles para el pago y el Proveedor renuncia a cualquier derecho de pago.

Procesamiento de reclamaciones: El pago de los reclamos se hará a los Proveedores participantes de acuerdo con las disposiciones de cronología establecidas en el contrato del Proveedor. A menos que el Proveedor y Molina hayan acordado por escrito un cronograma de pago alternativo, Molina pagará al Proveedor el servicio dentro de los 30 días calendarios posteriores a la recepción de un reclamo presentado con toda la documentación médica pertinente y que cumpla con las pautas y los requisitos de facturación de Molina. La fecha de recepción de un reclamo es la fecha en que Molina recibe el aviso escrito o electrónico del reclamo.

Reembolso al miembro: Con la excepción de cualquier monto de Costo Compartido requerido, si un Miembro pagó por un Servicio cubierto o una receta médica que se aprobó previamente o no requiere aprobación, Molina le devolverá el dinero. Para ello, el Miembro debe presentar su reclamo de reembolso dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en la que realizó el pago.

Para los servicios médicos cubiertos, los Miembros deben enviar esta información por correo al Centro de Apoyo al Cliente de Molina, a la dirección que figura en la portada interior de este Acuerdo. El Miembro tendrá que enviar a Molina una copia de la factura del Proveedor o el centro por los Servicios cubiertos, así como también una copia del recibo. También debe incluir el nombre y el número de póliza del Miembro para el que presenta el reclamo.

Para los medicamentos recetados cubiertos, los Miembros deben completar un Formulario de reembolso que se encuentra en la sección de Formularios de MolinaMarketplace.com. Se debe incluir una copia de la etiqueta de la receta médica y

del recibo de la farmacia al enviar este formulario a la dirección, como se indica en el formulario. Después de que se reciba la solicitud de reembolso del Miembro, se procesará como un reclamo en virtud de su cobertura. El Miembro recibirá una respuesta en un plazo de 30 días calendario. Si se acepta el reclamo, se enviará por correo un cheque de reembolso al Miembro. En cambio, si el reclamo se deniega, el Miembro recibirá una carta en la que explicará el motivo de dicha denegación. Si el Miembro no está de acuerdo con la denegación, puede presentar una apelación como se describe en este Acuerdo.

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

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

Si Molina no paga a un Proveedor participante por proporcionar Servicios cubiertos, el Miembro no es responsable de pagar al Proveedor participante ningún monto que Molina adeude. Esto no es válido para los Proveedores no participantes.

AVISOS LEGALES

Responsabilidad de terceros y subrogación: Si usted sufre una enfermedad, lesión o padecimiento del que se alegue que un tercero es responsable o está obligado, debe notificarlo inmediatamente a Molina por escrito.

Si Molina paga una reclamación por usted, Molina tiene derechos inmediatos de subrogación y el derecho a recuperar de cualquier tercero responsable cualquier beneficio pagado relacionado con su lesión, enfermedad o padecimiento. Usted cede a Molina su derecho a emprender acciones legales contra cualquier tercero responsable. Usted se compromete a proporcionar a Molina cualquier información relevante que se le solicite y a participar en cualquier fase de la acción legal, como descubrimiento, declaraciones y testimonios en juicios.

Si usted no coopera con Molina o si interfiere con los derechos de Molina, Molina podrá emprender acciones legales contra usted. Asimismo, usted acepta no ceder su derecho a emprender acciones legales a otra persona sin el consentimiento por escrito de Molina.

Si la enfermedad, lesión o padecimiento que dio lugar a la subrogación involucra a un menor de edad, entonces el tutor o los padres del menor son responsables de cooperar con el proceso de subrogación y reembolso. Si la enfermedad, lesión o padecimiento conlleva a la muerte por negligencia de un miembro o dependiente, entonces la obligación de cooperar pasa al representante personal del miembro o dependiente.

Molina tiene derecho a ser reembolsado si un tercero responsable le paga directamente a usted. Si usted recibe cualquier servicio bajo el Plan por una enfermedad, lesión o afección supuestamente causada o provocada por un tercero, y posteriormente recibe cualquier cantidad como resultado de una sentencia, acuerdo u otro pago de cualquier tercero, Molina tiene derecho a un reembolso de primera prioridad de las cantidades pagadas o a pagar en su nombre por los servicios relacionados con la enfermedad, lesión o afección por la cual se alega que un tercero cualquiera es responsable.

Los derechos de subrogación y reembolso de Molina tienen prioridad sobre otras reclamaciones y no se verán afectados por ninguna doctrina equitativa. El producto de cualquier sentencia o acuerdo obtenido por usted o por Molina de cualquier tercero responsable u obligado a causa de su lesión, enfermedad o padecimiento se aplicará en primer lugar a satisfacer los derechos de subrogación y reembolso de Molina. Molina tiene derecho a recuperar las cantidades pagadas aunque usted no sea o no haya sido indemnizado por el tercero responsable por todos los gastos relacionados con su enfermedad, lesión o padecimiento.

Molina no está obligado a procurar el reembolso ni a emprender acciones legales contra un tercero, ya sea en beneficio propio de Molina o en el suyo. Los derechos de Molina no se verán afectados si Molina no participa en ninguna acción legal que usted emprenda relacionada con su lesión, enfermedad o padecimiento.

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

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

Cambios en las primas y los costos compartidos: Cualquier cambio en este Acuerdo, incluidos, entre otros, cambios en las primas, servicios cubiertos, deducible, copago, coseguro y monto máximo anual de gastos de bolsillo, será efectivo 60 días después del aviso enviado a la dirección del suscriptor de registro con Molina.

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

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

No discriminación: Molina no discrimina en contratar personal o proveer atención médica basada en una condición de salud preexistente, color, credo, edad, origen nacional, identificación de grupo étnico, religión, discapacidad, incapacidad, orientación sexual o sexo y/a identidad de género o información genética.

Este Plan no deniega ni limita la cobertura de una reclamación, ni impone un costo compartido adicional u otras limitaciones o restricciones en la cobertura, para ningún servicio médico que se encuentre ordinaria o exclusivamente disponible para individuos de un sexo, a para un individuo transexual con base en el hecho de que el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado de otro modo de un individuo es diferente de aquel para el que dicho servicios médico está ordinaria o exclusivamente disponible.

Información genética: Molina no recopilará información genética del Miembro con el propósito de suscribirlo o de no hacerlo. Molina no solicitará ni exigirá al Miembro que realice ninguna prueba genética. Molina no ajustará las primas ni limitará su cobertura según la información genética.

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

Asignación: Un Miembro no puede asignar este Contrato ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos por dinero adeudado, beneficios, reclamos u obligaciones bajo este

documento sin contar con el consentimiento previo de Molina por escrito. Molina puede rehusarse a dar su consentimiento, a su propia discreción.

Ley vigente: Salvo en la medida prevista por la ley federal, este Acuerdo se registrará de acuerdo con la ley estatal, y cualquier disposición que deba incluirse en este Acuerdo según la ley estatal o federal será vinculante para Molina y los Miembros, se encuentre o no establecido en este Acuerdo.

Falta de validez: Si cualquier disposición de este Contrato se considera ilegal, nulo o inaplicable en un procedimiento judicial o arbitraje vinculante, dicha disposición será inaplicable y nula, y el resto de este Contrato seguirá siendo aplicable y permanecerá en plena vigencia y efecto.

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

Acción legal: No se realizará ninguna acción, por ley o equidad, con el fin de recuperar conforme a este Acuerdo antes de la fecha de vencimiento de 60 días después de que se haya proporcionado una prueba por escrito de la pérdida, de acuerdo con los requisitos de este Acuerdo. No se podrá realizar dicha acción después de 3 años a partir del momento en que se requiera la prueba escrita de pérdida.

Límite de tiempo para ciertas defensas: Después de 3 años a partir de la fecha de emisión de este Acuerdo, no se podrán utilizar declaraciones incorrectas, excepto declaraciones erróneas fraudulentas, hechas por la persona que solicita los beneficios en la solicitud de dicho Acuerdo para anular el Acuerdo o denegar un reclamo por pérdida incurrida o discapacidad (tal como se define en el Acuerdo) a partir de la fecha de vencimiento de dicho período de 3 años. Ningún reclamo por pérdida incurrida o discapacidad (tal como se define en el Acuerdo), a partir de los 3 años luego de la fecha de emisión de este Acuerdo, se reducirá o denegará sobre la base de que una enfermedad o condición física que no se excluya de la cobertura por nombre o descripción específica vigente en la fecha de pérdida haya existido antes de la fecha de vigencia de la cobertura de este Acuerdo.

Prueba de pérdida: La prueba por escrito de la pérdida debe ser proporcionada a Molina en su oficina mencionada en caso de reclamación por pérdida para la cual este Acuerdo establece cualquier pago periódico contingente a la pérdida continua dentro de los 90 días siguientes a la terminación del período por el cual Molina es responsable y en caso de reclamación por cualquier otra pérdida dentro de los 90 días siguientes a la fecha de dicha pérdida. Si dicha prueba no es presentada dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no fue razonablemente posible presentar la prueba dentro de dicho plazo, siempre y cuando dicha prueba se presente tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, salvo en ausencia de capacidad legal, más tarde de 1 año a partir del momento en que la prueba sea requerida.

Formulario de reclamo de prueba de pérdida: Cuando reciba un aviso de reclamo, proporcionará los formularios que generalmente se proveen para presentar pruebas de pérdida. Si esos formularios no se proporcionan dentro de los 15 días posteriores a la entrega de dicho aviso, se considerará que el Miembro ha cumplido con los requisitos de este Acuerdo como prueba de pérdida al momento de su envío, dentro del plazo establecido en el Acuerdo para presentar pruebas de pérdida, prueba escrita que cubre el evento, la naturaleza y la extensión de la pérdida para la cual se realiza el reclamo.

Prueba de pérdida- Plazo para el pago de reclamos: las indemnizaciones pagaderas en virtud de este Acuerdo por cualquier pérdida, que no sea una pérdida para la cual este Acuerdo establece un pago periódico, se pagarán inmediatamente tras la recepción de la debida prueba por escrito de dicha pérdida. Sujeto a la debida prueba escrita de la pérdida, todas las indemnizaciones acumuladas por pérdida para las cuales este Acuerdo establece un pago periódico serán mensuales y cualquier saldo que quede sin pagar al término de la responsabilidad será pagado inmediatamente tras la recepción de la debida prueba escrita.

Exámenes físicos: Molina, a sus expensas, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar la persona del Miembro cuando y cuantas veces lo requiera razonablemente durante la pendencia de una reclamación en virtud de la presente, cuando no esté prohibido por las Leyes Estatales y Federales.

Lesiones relacionadas con accidentes automovilísticos: Molina no excluye la cobertura por lesiones relacionadas con accidentes automovilísticos, salvo lo permitido por la ley estatal.

Ocupación ilegal o actividad delictiva: Molina no será responsable de ninguna pérdida cuya causa contribuyente haya sido la realización o el intento de cometer un delito por parte del Miembro, o a la que contribuyó la participación del Miembro en una ocupación ilícita u otra actividad delictiva deliberada.

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

Los Miembros deben consultar con su Proveedor de atención primaria antes de participar. El programa de bienestar es opcional y los beneficios están disponibles sin costo adicional para los miembros elegibles. Las recompensas y los beneficios del programa están disponibles para el canje solo mientras el Suscriptor o el Dependiente elegible esté actualmente inscrito en un plan de salud del Molina Marketplace. Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente.

RECLAMACIONES Y APELACIONES

Los Miembros que tengan un problema con cualquiera de los servicios de Molina pueden ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de Molina o enviar a Molina el problema o la queja por escrito por correo o por fax. La dirección de Molina es:

Molina Grievances and Appeals Unit
880 West Long Lake Road
Suite 600
Troy, MI 48098
Teléfono: 1 (888) 560-4087
O
Fax: 248-925-1799

Definiciones: Los términos en mayúsculas de la sección de Quejas y Apelaciones sólo se aplican a esta sección y tienen las siguientes definiciones:

Representante Autorizado: Una persona autorizada por escrito por un Miembro o por la ley estatal para actuar en su nombre en la solicitud de un servicio de asistencia médica, la obtención del pago de una reclamación o durante el proceso interno de apelación. Un proveedor de atención médica puede actuar en nombre de un Miembro sin su consentimiento expreso cuando se trata un Servicio de atención médica urgente.

Determinación Adversa de Beneficios Final: Una Determinación Adversa de Beneficios que se mantiene después del proceso de apelación interna. Si el período permitido para la apelación interna transcurre sin una determinación de Molina, entonces la apelación interna se considerará una Determinación Adversa de Beneficios Final.

Reclamación posterior al servicio: Molina emitió una Determinación Adversa de Beneficios por un servicio que se prestó.

Reclamación previa al servicio: Molina emitió una Determinación Adversa de Beneficios y el servicio solicitado no se completó

Reclamación de servicios de atención de urgencia: Molina emitió una Determinación Adversa de Beneficios y el servicio solicitado no se completó, cuando la aplicación de períodos de apelación no relacionados con la Atención de Urgencia podría poner en grave peligro: la vida o la salud de un Miembro o de su hijo por nacer; o En la opinión del Proveedor tratante, sometería a un Miembro a un dolor agudo a menos que un Miembro reciba la atención o el tratamiento que es objeto de la Apelación Interna de la reclamación.

Existen dos tipos de reclamos, un reclamo administrativo es una queja o desacuerdo que un Miembro tiene con una decisión de Molina relacionada con la disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de atención médica. Una queja por una

Determinación Adversa de Beneficios es aquella en la que un Miembro no está de acuerdo con una Determinación Adversa de Beneficios tomada por Molina. El proceso de queja por una Determinación Adversa de Beneficios y el proceso de apelación, así como el "Proceso de Revisión Externa" que aborda una queja dependen del tipo de queja. La sección siguiente describe el Proceso de Quejas Administrativas. La descripción del Proceso de Queja y Apelación por Determinación Adversa de Beneficios se encuentra en la sección de este Acuerdo titulada "Proceso de Queja y Apelación por Determinación Adversa de Beneficios." A efectos de la sección "Proceso Administrativo de Presentación de Quejas" del presente Acuerdo, el término "Miembro" incluirá a su representante autorizado.

Presentación de quejas administrativas: Un reclamo administrativo es una queja o desacuerdo que un Miembro tiene con una decisión de Molina relacionada con la disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de atención médica. Un Miembro debe presentar su queja dentro de 180 días a partir del día en que ocurrió el incidente o acción que causó la insatisfacción del Miembro. Los Miembros pueden presentar su Queja Administrativa por escrito a la Unidad de Quejas y Apelaciones de Molina, en línea en MolinaMarketplace.com, o poniéndose en contacto por teléfono con el Servicio de Atención al Cliente de Molina. Molina enviará al Miembro una carta acusando recibo de su queja por escrito en un plazo de 5 días calendarios y luego emitirá una respuesta formal en un plazo de 30 días calendarios a la fecha de su contacto inicial con Molina para servicios previos y 60 días calendarios para servicios posteriores. Un Miembro puede presentar una apelación si no está satisfecho con la respuesta de Molina a su Queja Administrativa, puede presentar una apelación ante Molina si puede ser recibida y procesada dentro de los 30 días calendarios de la recepción inicial de la Queja Administrativa para servicios previos y 60 días calendarios para servicios posteriores.

Molina le enviará una carta en la que acusa recibo de su apelación dentro de 5 días calendario. Molina completará todos los niveles de los procedimientos de reclamación y apelación en un plazo de 30 días naturales para el período previo al servicio y de 60 días naturales para el período posterior al servicio. Molina podrá prorrogar este plazo hasta 10 días hábiles si Molina ha solicitado y no ha recibido información del Proveedor del Miembro y el Miembro está de acuerdo con la prórroga. Si la queja administrativa del Miembro implica una amenaza inminente y grave para su salud, como dolor agudo, pérdida potencial de la vida, de un miembro o de una función corporal importante, Molina revisará rápidamente su queja administrativa. Molina emitirá una respuesta formal a más tardar 72 horas después de recibir la queja. Dentro de los 10 días siguientes a la recepción de la respuesta formal, el Miembro puede solicitar una revisión externa ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan (a veces también denominada "revisión independiente"). Para obtener información sobre cómo presentar una solicitud, consulte la sección "Solicitud de revisión externa" del presente Acuerdo.

Determinación Adversa de Beneficios: se aplica cualquiera de los siguientes casos:

1. La denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluidas las determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, las disposiciones relativas a la necesidad médica, la idoneidad, el entorno o la eficacia de una prestación cubierta.
2. La reducción, suspensión o finalización de un servicio previamente autorizado.
3. La denegación, total o parcial, del pago de un servicio.
4. El incumplimiento por parte de Molina de la prestación de servicios de manera oportuna, según la definición del Estado.
5. Si Molina no resuelve las reclamaciones y apelaciones dentro de los plazos previstos.
6. Para un residente de una zona rural con una sola MCO, la denegación de la solicitud de un Miembro para ejercer su derecho a obtener servicios fuera de la red.
7. La denegación de la solicitud de un miembro para impugnar una responsabilidad financiera, incluidos gastos compartidos, copagos, primas, deducibles, coseguros y otras responsabilidades financieras de los miembros.

Apelaciones internas Un Miembro o Su representante Autorizado o un proveedor o centro de tratamiento pueden presentar una apelación de una Determinación Adversa de Beneficios. Molina le proporcionará al Miembro los formularios necesarios para iniciar una apelación. Su cobertura permanecerá en efecto hasta que se produzca el resultado de su apelación interna. Un Miembro puede solicitar estos formularios poniéndose en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de Molina o en línea en MolinaMarketplace.com. Si bien los Miembros no están obligados a utilizar el formulario preimpreso de Molina, Molina recomienda encarecidamente que lo hagan para facilitar el registro, la identificación, el procesamiento y el seguimiento de la apelación a través del proceso de revisión. Un Miembro también puede solicitar los criterios de revisión clínica utilizados para determinar la Necesidad Médica en su situación poniéndose en contacto con la Unidad de Quejas y Apelaciones. Si un Miembro necesita ayuda para preparar la apelación, o para presentar una apelación verbalmente, puede ponerse en contacto con la Unidad de Quejas y Apelaciones de Molina. Los Miembros con discapacidad auditiva también pueden ponerse en contacto con Molina a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones en el 711.

El Miembro o Su representante Autorizado deben presentar una apelación dentro de los 180 días a partir de la fecha del aviso de Determinación Adversa de Beneficios. Dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción de una apelación, Molina le enviará al Miembro o a su Representante Autorizado una carta en la que se acusará recibo de la apelación. La apelación será revisada por personas que no participaron en la toma de la Determinación Adversa de Beneficios. La revisión incluirá la aportación de profesionales de la salud en la misma especialidad o similar que normalmente manejan el tipo de servicio médico que se está revisando.

Plazo: Molina responderá a los siguientes tipos de solicitudes de apelación en los siguientes plazos:

- Servicios de Atención de urgencia: Dentro de 72 horas
- Reclamación previa al servicio: Dentro de 30 días
- Servicio simultáneo (solicitud de prórroga o decisión de reducir el curso de un tratamiento previamente aprobado): Dentro de 72 horas para servicios de atención urgente y 30 días para otros servicios
- Reclamación posterior al servicio: Dentro de 60 días

Agotamiento del Proceso: Los procedimientos y procesos anteriores son obligatorios y deben ser agotados antes de establecer un litigio o arbitraje o cualquier proceso administrativo en relación con asuntos dentro del alcance de esta sección de "Quejas y Apelaciones".

Reglas e Información Generales: Los Miembros deben cooperar plenamente con Molina para revisar y resolver rápidamente una queja o apelación. En el caso de que un Miembro no coopere plenamente con Molina, se considerará que ha renunciado a su derecho a que se tramite la Queja o Apelación dentro de los plazos establecidos anteriormente. Molina ofrecerá reunirse con el Miembro por teléfono o en persona. Molina hará los arreglos necesarios para permitir una conferencia telefónica o una reunión en persona, previa solicitud, en las oficinas administrativas de Molina. Molina hará estos arreglos sin ningún cargo adicional para el Miembro. Durante el proceso de revisión, Molina revisará los servicios en cuestión sin tener en cuenta la decisión alcanzada en la determinación inicial. Molina proveerá al Miembro cualquier 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 Adversa de Beneficios inicial. Un proceso de revisión "completo y justo" requiere que Molina envíe cualquier nueva información médica para revisarla directamente, de modo que el Miembro tenga la oportunidad de revisar el expediente de reclamación.

Información de contacto: Los Miembros pueden ponerse en contacto con la Unidad de Quejas y Apelaciones de Molina para obtener información sobre su apelación. A continuación encontrará una lista de otros números de teléfono y direcciones para reclamaciones y apelaciones.

Office of General Counsel
Health Care Appeals Section Department of Insurance and Financial Services
PO Box 30220 Lansing, MI 48909-7720
<https://difs.state.mi.us/Complaints/>
Teléfono: 1 (877) 999-6442
Fax: 1 (517) 284-8837
www.michigan.gov/difs
Delivery Service: 530 W. Allegan St., 7th floor Lansing, MI 48933

Proceso de Revisión Externa: Un Miembro puede solicitar una revisión externa de una Determinación Adversa de Beneficios del Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan sólo después de agotar el proceso de revisión interna de Molina descrito anteriormente, a menos que: (1) Molina acepte renunciar al proceso de

revisión interna (2) Molina no haya cumplido con las disposiciones del proceso de revisión interna o (3) un Miembro solicite una revisión externa acelerada al mismo tiempo. La cobertura del Miembro permanecerá en vigor hasta que se produzca el resultado de la revisión externa.

Cómo tramitar una Solicitud de Revisión Externa: Los Miembros deben presentar una solicitud ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan para una revisión externa (a veces también denominada "revisión independiente") de una Determinación Adversa de Beneficios a más tardar 127 días después de que el Miembro reciba el aviso de Determinación Adversa de Beneficios Final de Molina. Los Miembros deben utilizar el formulario de Solicitud de Revisión Externa de Atención Médica para presentar la solicitud, que está disponible en el Centro de Atención al Cliente de Molina o a través del contacto de la Oficina del Asesor General - Sección de Apelaciones de Atención Médica del Departamento de Seguros y Servicios Financieros mencionado anteriormente. La solicitud de revisión externa debe contener una autorización para que las partes necesarias obtengan registros médicos con el fin de tomar una decisión sobre la solicitud de revisión externa. El Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan revisará de forma independiente la Determinación Adversa de Beneficios, incluidas las determinaciones relacionadas con la aplicación de las protecciones de facturación de saldos en virtud de la Ley Sin Sorpresas (No Surprises Act). La decisión de la revisión externa es vinculante para Molina y el Miembro, excepto en la medida en que otras soluciones estén disponibles bajo las leyes federales y estatales. Los Miembros pueden ponerse en contacto con el Departamento de Seguros y Servicios Financieros para apelaciones externas en: <https://difs.state.mi.us/Complaints/>.

Revisión Externa Estándar: En un plazo de 5 días hábiles a partir de la recepción del formulario de Solicitud de Revisión Externa de Atención Médica, el Director del Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS) completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar si: (a) el individuo era Miembro en el momento de la rescisión o el servicio de atención médica fue solicitado o prestado; (b) el servicio de atención médica objeto de la Determinación Adversa de Beneficios es razonablemente un Servicio Cubierto; (c) el Miembro ha agotado el proceso de revisión externa de Molina descrito anteriormente; (d) el Miembro ha proporcionado toda la información y los formularios requeridos para la revisión externa; y (e) la Determinación Adversa de Beneficios implica cuestiones de Necesidad Médica o revisión clínica. Si la solicitud no está completa, el Director del DIFS informará al Miembro de qué información o materiales son necesarios para que la solicitud esté completa. Si la solicitud no es elegible para una revisión externa, el Director del DIFS informará al Miembro por escrito de las razones por las que la solicitud no es elegible para una revisión externa. Si una solicitud es elegible para una revisión externa, el Director del DIFS:

- (1) Notificará a Molina la aceptación de la solicitud de revisión externa de una Determinación Adversa de Beneficios; y

- (2) Notificará al Miembro que su solicitud ha sido aceptada y que puede presentar información adicional dentro de los 7 días hábiles siguientes a la recepción de la notificación del Director del DIFS.

Si el Director del DIFS determina que la Determinación Adversa de Beneficios implica una cuestión de Necesidad Médica o de criterios de revisión clínica, el Director del DIFS asignará la solicitud de revisión externa a una organización de revisión independiente aprobada. Si la Determinación Adversa de Beneficio no implica cuestiones de Necesidad Médica o criterios de revisión clínica, el Director del DIFS llevará a cabo la revisión. La organización de revisión independiente proporcionará su recomendación por escrito de mantener o revocar la Determinación Adversa de Beneficios al Director del DIFS a más tardar 14 días después de que se le asigne la solicitud de revisar la Determinación Adversa de Beneficios. El Director del DIFS notificará al Miembro y a Molina su decisión de mantener o revocar la Determinación Adversa de Beneficios dentro de los 7 días hábiles siguientes a la recepción de la recomendación de las organizaciones de revisión externa. Si el Director del DIFS lleva a cabo la revisión de la Determinación Adversa de Beneficio porque no implica cuestiones de Necesidad Médica o criterios de revisión clínica, el Director del DIFS notificará su decisión al Miembro y a Molina en el plazo de 14 días hábiles desde que tome la decisión de realizar la revisión por sí mismo. Si se revoca la Determinación Adversa de Beneficios, Molina aprobará inmediatamente la cobertura que fue objeto de la Determinación Adversa de Beneficios y procesará cualquier beneficio adeudado.

Solicitud de Revisión Externa Acelerada: Los Miembros pueden solicitar una revisión externa acelerada cuando: (1) La Determinación Adversa de Beneficios involucra una afección médica que pondría en grave peligro la vida y la salud del Miembro o pondría en peligro la capacidad del Miembro de recuperar su función máxima; (2) El Miembro ha presentado una solicitud de revisión interna acelerada de la Determinación Adversa de Beneficios ante Molina como se describe anteriormente; y (3) El Miembro hace la solicitud de revisión externa acelerada dentro de los 10 días de haber recibido la Determinación Adversa de Beneficios.

Una vez recibido el formulario de solicitud de revisión externa, el Director del DIFS enviará inmediatamente una copia de la solicitud a Molina. Si el Director del DIFS determina que la solicitud de revisión de una Determinación Adversa de Beneficios implica una cuestión de Necesidad Médica o de criterios de revisión clínica, asignará la solicitud de revisión acelerada a una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente decidirá inmediatamente si se exigirá al Miembro que complete primero el proceso de revisión interna acelerada. Si la organización de revisión independiente determina que el Miembro debe completar el proceso de revisión interna acelerada, se lo notificará inmediatamente al Miembro. La organización de revisión independiente proporcionará su recomendación de mantener o revocar la Determinación Anticipada de Beneficios tan pronto como lo requiera la afección médica o las circunstancias del Miembro, pero en ningún caso más de 36 horas después de la fecha en que el Director del DIFS recibió la solicitud de revisión externa acelerada. Tan pronto como lo requieran la afección médica o las

circunstancias del Miembro, pero en ningún caso más de 24 horas después de recibir la recomendación de la organización de revisión independiente, el Director del DIFS notificará al Miembro y a Molina la decisión de mantener o revocar la Determinación Adversa de Beneficios. Si la notificación no se hace por escrito, el Director del DIFS proporcionará una confirmación por escrito de la decisión al Miembro y a Molina en un plazo de 2 días después de proporcionar la notificación original de su decisión.

Your Extended Family

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ՈՒՇԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե ձեր լեզվով օգնություն կարիք ունեք, գտնված է Member Services: Համարը գտնվում է Ձեր Member ID քարտի ետևի մասում: (TTY: 711):

Առկա են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ եւ ծառայություններ, ինչպես բրայլի եւ մեծ տպաբանակի փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները անվճար են: (Armenio)

កម្ពុជា ប្រជាជន មាន ឥទ្ធិពល មិន គ្រប់ គ្រាន់ តែ អាច ទទួល បាន ឯកសារ ក្នុង ភាសា ប្រើ ប្រាស់ ផ្សេង ទៀត ដូច ជា ភាសា ប្រើ ប្រាស់ ក្នុង កាត អ៊ី. ធី. ធី. (TTY: 711):

ប្រសិនបើ អ្នក ត្រូវ ការ ជំនួយ ក្នុង ការ ប្រើ ប្រាស់ ឯកសារ ក្នុង ភាសា ប្រើ ប្រាស់ ផ្សេង ទៀត ដូច ជា ភាសា ប្រើ ប្រាស់ ក្នុង កាត អ៊ី. ធី. ធី. (TTY: 711), សេវា កម្ម ទាំង នេះ មិន គិត ថ្លៃ, (Camboyano)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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