



Molina Healthcare of Florida, Inc. Marketplace

2026 | Contrato y Evidencia Individual de Cobertura

Molina Healthcare of Florida
Westside Plaza I, Ste 120A
8400 NW 33rd Street
Doral, FL 33122

Área de Servicio: Condados de Baker, Bradford, Broward, Clay, Collier, DeSoto, Duval, Hardee, Hendry, Hillsborough, Lake, Marion, Miami-Dade, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk y Seminole.

DÓNDE OBTENER ATENCIÓN Y AYUDA

Servicio	Necesidad	Dónde ir
Sala de emergencia	Debe acudir a la ER si sufre una lesión o enfermedad repentina, como las que se indican a continuación: • Sangrado excesivo. • Quemadura muy grave. • Dificultad para respirar. • Sobredosis de drogas. • Dolor en el pecho • Huesos rotos	Si tiene una emergencia, diríjase a la Sala de emergencias más cercana o llame al 911.
Atención de Urgencia	Los Centros de Atención de Urgencia tratan problemas médicos que no pueden esperar hasta su siguiente consulta con el médico pero no son potencialmente mortales. • Esguince o torcedura de tobillo. • Tos, resfrío o dolor de garganta. • Cortes, golpes y esguinces. • Síntomas de gripe y fiebre. • Atención general de heridas.	Molina cuenta con una red de centros de Atención de Urgencia. Visite MolinaMarketplace.com/FLFindCare para encontrar el Centro de Atención de Urgencia dentro de la red más cercano.
Cómo obtener atención	• Atención primaria	Su Proveedor de Atención Primaria es su principal proveedor de atención médica en situaciones que no sean de emergencia. Su consulta anual siempre está cubierta. Visite MolinaMarketplace.com/FLFindCare para buscar un proveedor dentro de la red cerca de usted.
	• Atención médica virtual	Consulte a un médico desde cualquier lugar y en cualquier momento de forma virtual con Teladoc. Las visitas son ilimitadas y están cubiertas por su plan. Visite Teladoc.com/molinamarketplace para inscribirse y programar una cita.

	Cuidado después del horario de atención	El personal de enfermería altamente capacitado está disponible para ayudarlo las 24 horas del día. Llame a la Línea de Consejos de Enfermería al: 1 (888) 275-8750 (inglés) 1 (866) 648-3537 (español) TTY: 711
Autoservicio para su cuenta	- Buscar o cambiar de médico - Ver los beneficios y el Manual del Miembro - Ver o imprimir tarjeta de identificación (ID). - Realizar un seguimiento de las reclamaciones - Hacer un pago o registrarse en Autopay.	Cree una cuenta en MyMolina.com para acceder a su Portal de Miembros. Descargue la aplicación Molina Mobile para obtener atención médica en cualquier momento. Ingresa en Molinapayment.com para hacer un pago único.
Detalles del Plan	- 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	Centro de Atención al Cliente de Molina 1 (888) 560-5716 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del este TTY: 711
Elegibilidad e inscripción	- Preguntas de elegibilidad - Agregar un Dependiente - Informar cambios de dirección	Vaya a MolinaMarketplace.com 1 (888) 560-5716

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

TABLA DE CONTENIDOS

DÓNDE OBTENER ATENCIÓN Y AYUDA	2
AVISOS.....	7
GRACIAS POR ELEGIR MOLINA HEALTHCARE OF FLORIDA.....	8
DEFINICIONES	9
INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD	15
PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA	15
PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN	15
COBERTURA SOLO PARA NIÑOS.....	15
DEPENDIENTES	15
ADICIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES	16
INTERRUPCIÓN DE LA COBERTURA DE DEPENDIENTES	17
ELEGIBILIDAD CONTINUA	17
PAGO DE LA PRIMA	18
PAGOS	18
PAGOS DE PRIMAS Y COSTOS COMPARTIDOS POR PARTE DE TERCEROS	18
AVISO DE PAGO ATRASADO.....	18
PERÍODO DE GRACIA	18
NOTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO.....	19
REINTEGRACIÓN DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN.....	19
REINSCRIPCIÓN DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO.....	19
RENOVACIÓN DE LA COBERTURA.....	19
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	20
INELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA SOLO PARA NIÑOS Y DEPENDIENTES DEBIDO A SU EDAD.....	20
EL MIEMBRO NO REÚNE LOS REQUISITOS	20
FALTA DE PAGO DE LA PRIMA	20
FRAUDE O TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL	20
SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN POR PARTE DEL MIEMBRO	21
INTERRUPCIÓN DE UN PRODUCTO EN PARTICULAR	21
INTERRUPCIÓN DE TODA LA COBERTURA	21
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	21
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	23
SI TIENE UNA EMERGENCIA, LLAME AL 911	23
REQUISITO DEL PROVEEDOR PARTICIPANTE	23
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO.....	24
DERECHO DEL MIEMBRO A OBTENER SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA POR FUERA DEL ACUERDO:.....	24
PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)	24
SERVICIOS DE TELESALUD	24
PROVEEDOR NO PARTICIPANTE QUE BRINDA UN SERVICIO CUBIERTO:	25
SEGUNDAS OPINIONES	25
OBJECIONES MORALES	26
ACCESO A LA ATENCIÓN PARA MIEMBROS CON DISCAPACIDADES	26
ACCESO FÍSICO	26
ACCESO PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS AUDITIVOS O DEL HABLA	26
ACCESO PARA PERSONAS CON VISIÓN DISMINUIDA O CIEGAS	26

QUEJAS FORMALES SOBRE EL ACCESO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	26
AUTORIZACIÓN PREVIA	27
PLAZOS DE LA PA	27
MEDICAMENTOS Y MEDICAMENTOS RECETADOS.....	28
NECESIDAD MÉDICA	28
REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN	28
REVISIÓN SIMULTÁNEA PARA PACIENTES INTERNADOS.....	29
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB, EN INGLÉS)	30
COSTOS COMPARTIDOS.....	36
SERVICIOS CUBIERTOS	37
BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES.....	37
ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS.....	38
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (ASD, EN INGLÉS)	39
TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER	40
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA.....	40
SERVICIOS PARA LA DIABETES.....	40
SERVICIOS DE DIÁLISIS	41
SERVICIOS DE EMERGENCIA	41
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	42
SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LAS HABILIDADES	43
ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA	43
ATENCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES TERMINALES.....	43
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS	44
ANÁLISIS DE LABORATORIO, SERVICIOS DE RADIOLOGÍA (RADIOGRAFÍAS) Y SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE EXPLORACIÓN	44
SERVICIOS DE SALUD MENTAL (PARA PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS)	44
LEY DE PARIDAD EN LA SALUD MENTAL E IGUALDAD EN LA ADICCIÓN	45
SERVICIOS DEL MÉDICO	45
EMBARAZO Y MATERNIDAD.....	46
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	47
SERVICIOS PREVENTIVOS.....	47
DISPOSITIVOS PROTÉSICOS Y ORTÓTICOS, IMPLANTADOS INTERNAMENTE O EXTERNOS	48
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA.....	49
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN.....	49
SERVICIOS DENTALES DE RUTINA PARA ADULTOS (A PARTIR DE LOS 19 AÑOS)	50
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	59
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS)	59
CIRUGÍA (PARA PACIENTES INTERNADOS Y AMBULATORIOS)	60
SERVICIOS PARA EL TRASTORNO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ, EN INGLÉS)	60
SERVICIOS DE TRASPLANTE	60
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA.....	61
SERVICIOS PARA LA VISTA.....	61
MEDICAMENTOS RECETADOS.....	62
FÁRMACOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPO MÉDICO DURADERO	62
FARMACIAS.....	62
FORMULARIO DE MOLINA	62
ACCESO A MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL FORMULARIO	62
CÓMO SOLICITAR UNA EXCEPCIÓN.....	63
COSTOS COMPARTIDOS	64
COSTOS COMPARTIDOS EN LAS EXCEPCIONES AL FORMULARIO	65
PROGRAMA OBLIGATORIO DE CENTRO DE ATENCIÓN PARA MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR EL PROVEEDOR.....	65
ASISTENCIA CON LOS COSTOS COMPARTIDOS Y LOS GASTOS DE BOLSILLO PARA MEDICAMENTOS	65

MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS Y PRODUCTOS DE VENTA LIBRE	65
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME, EN INGLÉS).....	66
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS.....	66
MEDICAMENTOS RECETADOS PARA DEJAR DE FUMAR	66
LÍMITE DE SUMINISTRO DIARIO	66
PRORRATEO Y SINCRONIZACIÓN	66
ANALGÉSICOS CON OPIOIDES PARA EL DOLOR CRÓNICO	67
MEDICAMENTOS CONTRA EL CÁNCER	67
TRATAMIENTO DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV).....	67
DISPONIBILIDAD DE SUMINISTRO EXTENDIDO DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO.....	67
MEDICAMENTOS PARA USO FUERA DE LO INDICADO.....	68
MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS	68
EXCLUSIONES.....	69
RECLAMACIONES	74
CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN	74
PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES.....	74
REEMBOLSO AL MIEMBRO	74
PAGO DE FACTURAS.....	75
AVISOS LEGALES	76
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS	76
INDEMNIZACIÓN DE TRABAJADORES	76
CAMBIOS EN LAS PRIMAS Y LOS COSTOS COMPARTIDOS.....	76
ACTOS MÁS ALLÁ DEL CONTROL DE MOLINA.....	76
RENUNCIA	77
NO DISCRIMINACIÓN	77
ACUERDO VINCULANTE PARA LOS MIEMBROS.....	77
SIN ASIGNACIÓN	77
SIN TERCEROS BENEFICIARIOS.....	77
LEY VIGENTE	77
FALTA DE VALIDEZ	77
AVISOS.....	77
LÍMITE DE TIEMPO PARA CIERTAS DEFENSAS.....	77
LÍMITE DE TIEMPO PARA ACCIONES LEGALES.....	78
BIENESTAR Y OTROS BENEFICIOS DEL PROGRAMA	78
ARBITRAJE VINCULANTE	79
RECLAMACIONES Y APELACIONES.....	81
RECLAMACIONES.....	81
QUEJAS FORMALES.....	81
APELACIONES	81
NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN.....	87

AVISOS

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

Incorporación por referencia: Este Acuerdo, las enmiendas y cláusulas adicionales de este Acuerdo, el Plan de Beneficios aplicable para este plan y cualquier solicitud presentada a Molina para obtener cobertura bajo este Acuerdo, incluida la hoja de tarifas aplicable para este producto, son incorporados a este Acuerdo por referencia, y constituyen el contrato completo legalmente vinculante entre Molina y el Suscriptor.

Cambios en el Contrato: Ninguna enmienda, modificación u otro cambio realizado a este contrato legalmente vinculante entre Molina y el Suscriptor será válido hasta que reciba la aprobación de Molina y se genere una evidencia 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.

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.

Gracias por elegir Molina Healthcare of Florida

Durante más de 40 años, nuestros miembros confiaron en Molina para conectarlos a una atención de calidad. Nuestras herramientas y recursos están diseñados para mantenerlo a usted y a su familia saludable.

Este Acuerdo y Evidencia de Cobertura Individual de Molina Healthcare of Florida lo guiará a través de algunas partes importantes de su membresía, incluidas las herramientas y recursos gratuitos disponibles para usted, que incluyen:

- Cómo puede obtener servicios a través de Molina, que incluyen los siguientes:
 - Tipos de atención y cómo encontrarla.
 - Autoservicio para su cuenta.
 - Detalles del Plan.
 - Elegibilidad.
- Los términos y condiciones de cobertura según este Acuerdo.
- Sus beneficios y cobertura como miembro de Molina
- Comprobación del estado de una Autorización Previa
- La manera de comunicarse con Molina

Lea este Acuerdo cuidadosamente. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente en MolinaMarketplace.com o al 1 (888) 560-5716.

Estamos a su disposición.

Molina Marketplace of Florida



Officer's Signature

William Hinsdale, Plan President

DEFINICIONES

Algunas palabras o términos de este Acuerdo no tienen su significado habitual. Los planes de salud con frecuencia usan estas palabras de una manera especial. Si una palabra con significado especial aparece solo en una sección de este Acuerdo, se definirá dentro de la sección en cuestión. Las palabras con significado especial utilizadas en cualquier sección de este Acuerdo están en mayúscula y se explican en esta sección de Definiciones.

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

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

Cantidad Aprobada: el monto máximo que Molina pagará por un Servicio Cubierto, menos los Costos Compartidos requeridos del Miembro.

1. *Los Servicios Cubiertos que se obtengan de un Proveedor Participante se reembolsarán según la tasa contratada con el Proveedor Participante para dichos Servicios Cubiertos.*
2. *Servicios de Emergencia prestados por un Proveedor No Participante:* A menos que la ley exija lo contrario o se acuerde entre el Proveedor No Participante y Molina, la Cantidad Aprobada será la menor entre las siguientes opciones:
 - 1) Los cargos facturados por el proveedor.
 - 2) Los cargos usuales y habituales del proveedor por cargos similares en la comunidad en la que se proporcionaron los servicios.
 - 3) Los cargos acordados mutuamente por Molina y el Proveedor No Participante dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la reclamación.
3. *Los Servicios de Ambulancia Aérea (tanto de emergencia como de no emergencia) proporcionados por un Proveedor No Participante se pagarán por un monto razonable, de conformidad con la ley estatal.*
4. *Todos los demás Servicios Cubiertos recibidos de un Proveedor No Participante de conformidad con este Contrato (incluidos los Servicios Posteriores a la Estabilización):* Esto significa la menor de la tarifa media contratada de Molina para tales servicios, el 100 % de la tasa publicada de Medicare para tales servicios, la tarifa usual y habitual de Molina para tales servicios o una cantidad negociada acordada por el Proveedor No Participante y Molina.

Cuando la ley federal difiere de la ley estatal para determinar los montos de reembolso a los Proveedores No Participantes, la Cantidad Aprobada 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 controle la cantidad de reembolso a Proveedores No Participantes, la Cantidad Aprobada se determinará de acuerdo con la ley federal.

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 máximo anual de gastos de bolsillo (OOPM, en inglés). El Plan de Beneficios puede incluir un monto OOPM por cada individuo inscrito bajo este Contrato y un monto OOPM por separado para toda la familia cuando hay dos o más Miembros inscritos. Cuando dos o más miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo:

1. Se alcanzará el OOPM individual, con respecto al Miembro, cuando esa persona alcance el monto del OOPM individual.
2. Se alcanzará el OOPM familiar cuando los Costos Compartidos de un familiar del Miembro se sumen 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 calendario si sigue inscrito en este plan. Una vez que los Costos Compartidos de dos o más miembros de la familia del Miembro 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 cargo facturado por el Proveedor y el monto de Costos Compartidos del Miembro. Un Proveedor Participante de Molina no tiene permitido Facturar el Saldo a un Miembro por los Servicios Cubiertos. Los Proveedores No Participantes pueden Facturar el Saldo a los Miembros a menos que existan protecciones de Facturación del Saldo a través de la Ley Estatal o federal.

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

Coseguro: el porcentaje de los costos de los Servicios Cubiertos de los que es responsable un Miembro. 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 Plan de Beneficios.

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

Costos Compartidos: la cuota de los costos que un Miembro debe pagar de su propio bolsillo por los Servicios Cubiertos. Por lo general, este término incluye Deducibles, Coseguros y Copagos, pero no incluye primas, importes de Facturas 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, equipos y medicamentos recetados que los miembros son elegibles para recibir de Molina en virtud de este Plan, a menos que esté prohibido por la Ley Estatal o federal.

Deducible: el monto que los Miembros pagan por los Servicios Cubiertos antes Molina comience a pagar por estos. Para averiguar qué Servicios Cubiertos están sujetos a Deducibles y montos de Deducibles para el Plan del Miembro, consulte el Plan de Beneficios.

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

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

Formulario de Medicamentos o Formulario: una lista de los medicamentos recetados que cubre este Plan de Molina. Además, en el Formulario de medicamentos, se ordenan los medicamentos en distintos niveles o categorías de Costos Compartidos.

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. Ejemplos de DME pueden incluir: 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 suficiente gravedad (incluso el dolor intenso) de modo que una persona prudente y no especializada, que posea un conocimiento medio de salud y medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica tuviera como resultado:

1. Poner en grave peligro la salud de la persona (o respecto de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido).
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: Examen médico de detección, examen y evaluación por parte de un médico o, en la medida permitida por la ley aplicable, por parte de otro personal apropiado bajo la supervisión de un médico, para determinar si existe una condición médica de emergencia y, si existe, la atención, el tratamiento o la cirugía para un servicio cubierto por un médico necesario para aliviar o eliminar la condición médica de emergencia dentro de la capacidad de servicio de un hospital o

departamento de emergencias independiente. Esto también puede incluir Servicios de transporte de emergencia.

Beneficios de Salud Esenciales o EHB: conjunto de 10 categorías de planes de servicios de Seguro de Salud que se deben cubrir conforme a la Ley de Atención Médica Asequible (ACA, en inglés). Estas categorías incluyen los servicios médicos, la atención hospitalaria de pacientes internados y ambulatorios, la cobertura de medicamentos recetados, la atención del embarazo y el parto, los servicios de salud mental y más.

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

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

Hospital: un centro operado legalmente y con licencia del Estado, cuyo propósito o función principal es brindar atención médica u hospitalaria o educación médica o investigación médica.

Necesidad Médica o Medicamento Necesario: servicios o suministros de atención médica necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas y que cumplan con los estándares 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 (padre/madre o tutor legal) que solicite la cobertura solo para niños bajo este Acuerdo en nombre de un niño menor de 21 años. En esos casos, el Suscriptor será responsable de realizar los pagos de la Prima y de los Costos Compartidos para el Miembro y actuará como representante legal del Miembro conforme a este Acuerdo, pero no será considerado un Miembro.

Servicios de salud mental: servicios Medicamente necesarios para pacientes ambulatorios y hospitalizados proporcionados para tratar trastornos mentales cubiertos por las categorías de diagnóstico enumeradas en la versión más actualizada del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, publicado por la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría) y cualquier Ley Estatal o federal asociada.

Molina Healthcare of Florida, Inc. (“Molina”): La empresa autorizada en Florida como una organización para el mantenimiento de la salud.

Acuerdo y Evidencia de Cobertura Individual de Molina Healthcare of Florida, Inc.: este documento, en el que se proporciona información sobre la cobertura de este Plan y se conoce como el “Acuerdo”.

Proveedor No Participante: un Proveedor que no tiene un contrato con Molina para prestar Servicios Cubiertos a los Miembros. Por lo general, salvo que se indique lo contrario en este Contrato, los servicios brindados por un Proveedor No Participante a un Miembro no están cubiertos.

Otro Proveedor Médico: los Proveedores Participantes que brindan Servicios Cubiertos a Miembros dentro del alcance de una licencia, pero que no son Proveedores de Atención Primaria ni Especialistas.

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 está autorizado o licenciado de otra manera para proporcionar servicios de atención médica. Ha firmado contratos de red con Molina para prestar Servicios Cubiertos a los Miembros.

Plan: cobertura de seguro de salud emitida para una persona y sus Dependientes, si corresponde, que brinda beneficios para los Servicios Cubiertos. Según los servicios, se pueden aplicar los Costos Compartidos 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 estadía hospitalaria o ambulatoria con respecto a la consulta en la que se prestaron los Servicios de emergencia.

Proveedor de Atención Primaria: un médico, incluso un M.D. (doctor en medicina) o D.O. (Doctor en Medicina Osteopática), podiatra, quiropráctico, obstetra/ginecólogo, enfermero profesional certificado, enfermero clínico especialista o Asistente Médico, según lo permitido por la Ley Estatal y los términos del Plan, que proporciona, coordina o ayuda a un Miembro a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

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

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

Plan de Beneficios: una lista detallada de los Servicios Cubiertos junto con los Costos Compartidos correspondientes de los miembros.

Área de Servicio: el área geográfica donde Molina ha sido autorizada por el Estado para ofrecer productos individuales, inscribir a los Miembros que desean cobertura y brindar beneficios a través de planes médicos individuales aprobados.

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: significa proporcionar el tratamiento necesario para la Condición Médica de Emergencia 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 expulsión de la placenta).

Ley Estatal: el cuerpo legal en Florida que abarca la constitución del estado, los estatutos, las reglamentaciones, la guía subregulatoria, las directivas de las agencias reguladoras estatales y el derecho consuetudinario.

Atención de Urgencia o Servicios de Atención de Urgencia: atención inmediata de un paciente con una enfermedad, lesión o condición 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

Para acceder a los Servicios Cubiertos, una persona debe estar inscrita como Miembro de este Plan. La inscripción requiere cumplir con los criterios de elegibilidad según la ley federal y estatal. Una vez que se cumplen las condiciones de elegibilidad, se pagan las Primas y Molina procesa la inscripción, la persona se convierte en Miembro de este Plan.

Período de Inscripción Abierta: un período anual en el cual las personas elegibles podrán aplicar e inscribirse en un plan de seguro de salud para el año siguiente. La Fecha de Entrada en Vigor de la cobertura será el 1.º de enero o una fecha determinada por la ley federal o Estatal.

Período Especial de Inscripción: si una persona no se inscribe durante un Período de Inscripción Abierta, puede hacerlo durante un Período Especial de Inscripción. Para calificar para un Período Especial de Inscripción, un individuo debe haber experimentado ciertos eventos cruciales en su vida según lo establecido por la ley federal y Estatal. La Fecha de Vigencia de la Cobertura de un Miembro será determinada por la ley federal o Estatal. Para obtener más información sobre la Inscripción Abierta y los Períodos Especiales de Inscripción, contáctese con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina.

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

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

- **Cónyuge:** la persona casada legalmente con el Suscriptor conforme a la Ley Estatal.
- **Niño o Niños:** Los hijos, hijas, hijos adoptivos, hijastros, hijos de acogida o cualquiera de sus descendientes, como los nietos, del Suscriptor. Cada niño tiene derecho a solicitar la inscripción como Dependiente hasta los 26 años.
- **Niño con discapacidad:** Un hijo que cumpla 26 años puede seguir siendo Dependiente si cumple los siguientes requisitos:
 - El niño es incapaz de tener un empleo autosostenible debido a una lesión, enfermedad o afección que genere discapacidad física o mental.
 - 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.

- El niño sigue estando cubierto por Molina mientras esté incapacitado y cumpla los criterios de elegibilidad anteriores.
- **Dependiente Adulto:** Un niño que cumple los 26 años de edad es elegible para solicitar la inscripción como Dependiente Adulto hasta el final del año calendario en el que cumple los 30 años de edad si cumple con los siguientes requisitos:
 - no está casado y no tiene un Dependiente propio.
 - es residente de Florida o estudiante de tiempo completo o de tiempo parcial.
 - no recibe cobertura como miembro nombrado bajo cualquier otro grupo o plan individual de beneficios de salud, o no tiene derecho a beneficios bajo el Título XVIII de la Ley de Seguro Social.
- **Pareja doméstica:** Una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que convive y comparte la vida doméstica con el Suscriptor, pero que no está casada ni en unión civil con el Suscriptor. La Pareja Doméstica debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y presentar documentos de prueba de situación de pareja doméstica establecidos por la ley federal y 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. Para hacerlo, los Miembros deben comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina y completar las solicitudes y formularios y brindar la información que se solicite del Dependiente. Para inscribir a un nuevo Dependiente, se debe presentar la solicitud del Miembro a Molina dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el Dependiente se convirtió en elegible para inscribirse en el Plan.

- **Cónyuge:** Se puede agregar a un(a) cónyuge como Dependiente si el suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.
 - La fecha de matrimonio con el Suscriptor.
 - El cónyuge obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
 - El cónyuge se traslada permanentemente al área de servicio.
- **Hijos (Menores de 26 Años):** los 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.
 - El niño se vuelve un dependiente a través del matrimonio, el nacimiento, la colocación en adopción, la colocación en hogar de acogida, la adopción, la manutención de niños u otra orden judicial.
 - El niño obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
 - El niño se traslada permanentemente al área de servicio.

La cobertura de un niño adoptado será efectiva en la fecha de adopción, colocación para adopción o según lo determinen las leyes estatales y federales aplicables.

- **Hijo Recién Nacido:** un hijo recién nacido de un suscriptor es elegible como dependiente a partir de su nacimiento. un recién nacido tiene cobertura automáticamente durante 31 días, incluido el día del nacimiento. Un hijo recién nacido es elegible para continuar la inscripción si se inscribió en Molina dentro de los 60 días.

Tenga en cuenta lo siguiente: las reclamaciones de hijos recién nacidos para los Servicios Cubiertos elegibles se procesarán como parte de las reclamaciones de la madre. Cualquier monto de Deducible o Máximo Anual de Gastos de Bolsillo (OOPM, en inglés) alcanzado a través del procesamiento de las reclamaciones de un recién nacido se acumulará como parte del Deducible y el OOPM de la madre. No obstante, si recibimos un expediente de inscripción del recién nacido dentro de los primeros 31 días tras el nacimiento, el recién nacido se añadirá como Dependiente con cobertura a partir de su fecha de nacimiento. En este caso, cualquier reclamación por el recién nacido se procesará por separado, y cualquier monto de Deducible u OOPM alcanzado a través de estas reclamaciones se considerará una reclamación del recién nacido si los servicios se brindan al niño recién nacido.

Interrupción de la Cobertura de Dependientes: la cobertura de un Dependiente se interrumpirá en los siguientes momentos:

- A las 11:59 p. m., hora del Este, del último día del año calendario en que el niño Dependiente cumpla 26 años, a menos que el hijo tenga una discapacidad y cumpla con los criterios específicos (consulte la sección “Niño con Discapacidad”).
- La fecha en que se dicta una sentencia final de divorcio, anulación o disolución del matrimonio entre el Cónyuge Dependiente y el Suscriptor.
- La fecha en que una Pareja doméstica dependiente celebra la terminación de la sentencia de pareja doméstica entre el Suscriptor y la Pareja doméstica dependiente.
- En el caso de la Cobertura Solo para Niños, a las 11:59 p. m., hora del Este, del último día del año calendario en el que el Miembro no Dependiente alcanza la edad límite de 21 años. El Miembro y cualquier Dependiente pueden ser elegibles para inscribirse en otros productos que ofrece Molina.
- 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, Molina le enviará una notificación por escrito al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor de la finalización de la cobertura del Miembro. El Miembro tiene la opción de apelar la pérdida de elegibilidad con Molina.

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 Primas. Las Primas para el próximo mes de cobertura vencen el día 25 del mes actual (denominada “Fecha de vencimiento”). Molina enviará un aviso por escrito al Suscriptor antes de la Fecha de vencimiento para informarle cuánto debe pagar por la cobertura del próximo mes.

Ingresa su tarifa de Prima mensual aquí: _____
La tarifa de pago mencionada anteriormente forma parte de este contrato de conformidad con el apartado 641.31(6), F.S.

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

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

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

Aviso de Pago Atrasado: Molina enviará una notificación por escrito a la dirección de registro del Suscriptor si no se recibe el pago total de la Prima en la Fecha de Vencimiento o antes. 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: el Período de Gracia es el tiempo posterior a la Fecha de Vencimiento del Pago de la Prima cuando no se ha realizado el pago total. Si un Suscriptor no ha efectuado el Pago de la Prima en su totalidad antes de la Fecha de Vencimiento, puede hacerlo durante el Período de Gracia para evitar la pérdida de su cobertura.

- Cuando un Suscriptor no cumple con la Fecha de Vencimiento de Pago de la Prima, Molina proporciona un Período de Gracia de 10 días. Comienza el primer

día del mes en el que no se pagó la Prima completa. Durante este tiempo, Molina paga todas las reclamaciones correspondientes por los Servicios Cubiertos. Si no se pagan todas las primas vencidas, Molina dará por terminado este Acuerdo a las 11:59 p. m., hora del Este, en el último día del Período de Gracia.

Notificación de terminación por falta de pago: Molina enviará una notificación por escrito al Suscriptor informándole que su cobertura, así como la cobertura para sus Dependientes, ha sido terminada 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, visite MolinaMarketplace.com, consulte la sección Reclamaciones y Apelaciones de este Acuerdo, o comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente.

Reintegración después de la terminación: Molina permite la reintegración de Miembros, sin que se produzca una interrupción en la cobertura, cuando la reintegración corrija una acción errónea de terminación o cancelación y si se alinea con la ley estatal.

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 desea inscribirse en Molina para el año siguiente del plan durante el Período de Inscripción Abierta o un Período Especial de Inscripción, es posible que Molina exija que el Suscriptor pague todas las Primas vencidas. Además, Molina requerirá el pago completo de la Prima del primer mes antes de aceptar la inscripción del Suscriptor. Si un Suscriptor paga todas sus Primas vencidas, las reclamaciones elegibles que se denegaron previamente debido a la falta de pago se volverán a procesar para el pago.

Renovación de la cobertura: Molina renovará la cobertura de los Miembros el primer día de cada mes si recibió el pago de todas las Primas adeudadas. La renovación está sujeta al derecho de Molina de hacer cambios en este Acuerdo y a la continuación de la elegibilidad del Miembro para este Plan. Los Miembros deben seguir los procedimientos requeridos por Molina 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 antiguo Miembro termina a las 11:59 p. m., hora del Este, del día anterior a la fecha de terminación. Molina enviará un aviso de la terminación al Miembro al menos 30 días antes de la fecha de terminación, incluido el motivo de la terminación. Si Molina da por terminada la cobertura de un Miembro por cualquier razón, dicho Miembro debe pagar todos los montos adeudados en relación con su cobertura en Molina, incluidas las Primas, correspondientes al período anterior a la fecha de terminación.

Excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional, si se cancela la cobertura de un Miembro, los pagos de la prima recibidos en nombre del Miembro cancelado aplicables a los períodos posteriores a la fecha de terminación, menos los montos adeudados a Molina o a sus Proveedores por Servicios Cubiertos proporcionados antes de la fecha de terminación, se reembolsarán al Suscriptor en un plazo de 30 días. Conforme a este Plan, Molina y sus Proveedores no tendrán ninguna responsabilidad ni obligación adicional. En casos de fraude o tergiversación intencional, Molina puede retener partes de este monto para recuperar las pérdidas.

Si Molina termina la membresía de un Miembro por cualquier razón que no sea el pago de la Prima o la pérdida de elegibilidad, se le dará una notificación por escrito con 45 días de anticipación antes de que su cobertura termine.

Molina podrá dar por terminado el Acuerdo de un Miembro o no renovarlo por cualquiera de las siguientes razones:

Inelegibilidad para la Cobertura Solo para Niños y Dependientes debido a su Edad: cuando un Dependiente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura debido a su edad, se procede a la terminación. Para obtener más detalles sobre la fecha de entrada en vigencia de la terminación, consulte la sección “Interrupción de la Cobertura de Dependientes”.

El Miembro no reúne los requisitos: un Miembro ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura requeridos por Molina. 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., hora del Este, 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 la Prima: consulte la sección “Pago de la prima”.

Fraude o Tergiversación Intencional: Si un Miembro participa en una actividad fraudulenta o tergiversa intencionalmente un hecho material relacionado con su cobertura. Molina enviará una notificación por escrito de la terminación y la cobertura del Miembro finalizará a las 11:59 p. m. del día 30 a partir de la fecha de envío de la notificación. Molina podrá rechazar una nueva inscripción del Miembro y podrá informar a las autoridades sobre cualquier sospecha de acto delictivo. Los miembros tienen la opción de apelar la rescisión de la cobertura.

Solicitud de Cancelación de la inscripción por parte del Miembro: El Miembro puede solicitar la cancelación de la inscripción a través del Centro de Apoyo al Cliente de Molina. Molina determinará la fecha del fin de la cobertura.

Interrupción de un Producto en Particular: Si Molina decide dejar de ofrecer un producto en particular, de acuerdo con la Ley Estatal, Molina proporcionará un aviso escrito de la interrupción al menos 90 días calendario antes de que termine la cobertura.

Interrupción de toda la Cobertura: si Molina decide dejar de ofrecer toda la cobertura de seguro de salud en un estado, de conformidad con la Ley Estatal, enviará a los Miembros una notificación por escrito de la interrupción al menos 180 días calendario antes de que finalice la cobertura.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Los miembros que reciben un curso de tratamiento activo para los Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante pueden tener derecho a continuar recibiendo los Servicios Cubiertos de ese Proveedor si, durante un Curso de tratamiento activo, ocurre cualquiera de los siguientes:

- La expiración o no renovación del acuerdo del Proveedor Participante con Molina, excepto por cualquier terminación del acuerdo por incumplimiento de los estándares de calidad aplicables o fraude; o
- Los beneficios proporcionados en virtud de este Acuerdo con respecto a dicho Proveedor terminan debido a un cambio en los términos de la participación del Proveedor.

En cualquier caso, se notificará oportunamente a los Miembros sobre su derecho a elegir la atención continua de dicho Proveedor bajo los mismos términos y condiciones que se habrían aplicado si el Proveedor aún fuera un Proveedor Participante. Si el Miembro elige continuar con la atención, estos términos y condiciones se aplicarán hasta que el suscriptor seleccione otro Proveedor de tratamiento, se complete el curso de tratamiento activo del suscriptor o durante el próximo Período de Inscripción Abierta ofrecido por Molina, lo que sea más largo, pero por un período no superior a 6 meses después de la terminación del acuerdo (excepto para el tratamiento de atención prenatal, para el cual el Miembro puede optar por continuar la cobertura hasta que se complete el tratamiento posparto).

Un curso de tratamiento activo es cuando el Miembro:

- Está recibiendo un tratamiento continuo por una Afección grave o compleja, que es una enfermedad aguda o una afección que es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de muerte o daño permanente; o una enfermedad o afección crónica que pone en peligro la vida, es degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita y requiere atención médica especializada durante un período de tiempo prolongado;
- Está siguiendo un curso de atención institucional o para pacientes internados;

- Tiene programado someterse a una cirugía no electiva, incluidos los cuidados posoperatorios;
- Está embarazada y se somete a un curso de tratamiento para el embarazo; o
- Tiene o se determinó que tiene una enfermedad terminal, lo que significa que la expectativa de vida del Miembro es de 6 meses o menos, y está recibiendo tratamiento para la enfermedad terminal.

El Miembro es responsable de los Costos Compartidos dentro de la red por los Servicios Cubiertos recibidos en el curso de tratamiento activo durante el período descrito anteriormente, con el Monto permitido de Molina igual a la tarifa previamente acordada para tales servicios.

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 la sala de emergencias de un hospital, 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 teléfono de la Línea de Consejos de Enfermería es 1 (888) 275-8750 para inglés y 1 (866) 648-3537 en el caso de español (TTY: 711).

Requisito del Proveedor Participante: en general, el 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 al Deducible del Miembro ni al OOPM. Sin embargo, un Miembro puede recibir los Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante en los siguientes casos:

- Servicios de emergencia
- Servicios posteriores a la estabilización, a menos que el Miembro renuncie a las protecciones de Facturación del saldo.
- Servicios de un Proveedor No Participante en un Centro Participante que sea un hospital, centro quirúrgico ambulatorio u otro Centro participante requerido por la Ley Estatal, a menos que el Miembro renuncie a las protecciones de Facturación del Saldo.
- Servicios de ambulancia aérea
- Servicios de un Proveedor No Participante que están sujetos a Autorización Previa.
- Excepciones que se detallan a continuación, en la sección “Proveedor No Participante en un Centro de un Proveedor Participante”.
- Excepciones que se describen a continuación en “Proveedor No Participante que Brinda un Servicio Cubierto”
- Excepciones que se detallan en la sección “Continuidad de la Atención”

Para localizar a un Proveedor Participante, consulte el directorio de proveedores en MolinaMarketplace.com/FLFindCare 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 Aprobada de Molina y la tarifa que ellos cobran, a menos que se apliquen las protecciones de Facturación del Saldo.

Los Miembros pueden encontrar información adicional en MolinaMarketplace.com o comunicándose con el Servicio de Apoyo al Cliente con respecto a las protecciones de la 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 en todo momento. Además, deben exhibirla cada vez que reciban Servicios Cubiertos. Para obtener una tarjeta de identificación de miembro de reemplazo, visite MyMolina.com o comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente. Las versiones digitales de la tarjeta de identificación están disponibles a través de MyMolina.com y la aplicación móvil de Molina.

Derecho del Miembro a Obtener Servicios de Atención Médica por fuera del Acuerdo:: Molina permite a los Miembros solicitar servicios de atención médica fuera de este Acuerdo en cualquier término o condición que elijan. Sin embargo, los Miembros serán plenamente responsables del pago de dichos servicios y estos pagos no contarán para su Deducible o Máximo Anual de Gastos de Bolsillo (OOPM, en inglés) por servicios cubiertos bajo 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 dispuestas por la Ley Estatal o federal.

Proveedor de Atención Primaria (PCP): un PCP se ocupa de sus necesidades de atención médica básicas y de rutina. Los PCP ofrecen servicios como exámenes físicos, inmunizaciones y tratamientos para problemas de salud o lesiones no urgentes. Molina recomienda 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.

Cada familiar puede seleccionar un PCP diferente. Es posible seleccionar a un médico especializado en pediatría como PCP de un niño. Se puede seleccionar un médico obstetra/ginecólogo como PCP de una Miembro. En ocasiones, es posible que un miembro no pueda acceder al PCP que desea. 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 Telesalud: la telesalud consiste en el uso de las telecomunicaciones y la informática para brindar acceso a las evaluaciones médicas, el diagnóstico, la intervención, las consultas, la supervisión y la información a cualquier distancia geográfica. Este servicio incluye diversas tecnologías como teléfonos, máquinas de fax, sistemas de correo electrónico y dispositivos de monitoreo remoto de pacientes, que se utilizan a fin de recolectar y transmitir los datos del paciente para su control e interpretación. Los Servicios Cubiertos también se encuentran disponibles a través de la Telesalud, excepto en los casos específicamente determinados en este Acuerdo. Para acceder a estos servicios, no se requiere el contacto en persona con el proveedor; además, el tipo de establecimiento donde se brindan no se encuentra limitado. Las siguientes disposiciones adicionales se aplican al uso de los servicios de Telesalud:

- 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 se encuentran en la misma ubicación física.
- No incluyen solo mensajes de texto, fax o correo electrónico.

Para Servicios Cubiertos proporcionados a través de la tecnología de almacenamiento y reenvío, se requiere una visita en persona al consultorio para establecer un diagnóstico o plan de tratamiento.

Proveedor No Participante que brinda un Servicio Cubierto:: En el caso de que ningún Proveedor Participante esté disponible para proporcionar un Servicio Cubierto Medicamento Necesario que no sea de Emergencia, Molina se encargará de proporcionar el Servicio Cubierto a través de un Proveedor No Participante. El Servicio Cubierto se proporcionará de forma similar y sin que suponga un costo mayor que el mismo Servicio Cubierto prestado por un Proveedor Participante. Sin embargo, se requiere Autorización Previa antes de que un Proveedor No Participante pueda iniciar el servicio en este escenario.

Segundas Opiniones: Un Miembro o su PCP pueden desear que otro médico (un PCP o un Médico Especialista) revise la condición del Miembro. Este médico examina la historia clínica del Miembro y puede verlo. Este nuevo médico puede sugerir un plan de atención. Esto se llama una segunda opinión.

A continuación, encontrará algunas razones por las que un Miembro puede obtener una segunda opinión:

- Los síntomas del Miembro son complejos o confusos.
- Su médico no está seguro de que el diagnóstico sea el correcto.
- El Miembro ha seguido el plan de atención del médico por un tiempo y su salud no ha mejorado.
- El Miembro no está seguro de que se necesite una cirugía o considera que se necesita una.
- El Miembro no está de acuerdo con lo que el médico cree que es el problema.
- El Miembro no está de acuerdo con el plan de atención de un médico.
- Un médico no respondió las inquietudes del Miembro sobre un diagnóstico o plan de atención.

Segundas Opiniones de Proveedores No Participantes: Un Miembro puede obtener una segunda opinión del proveedor de su elección, incluso de un Proveedor No Participante, por las siguientes razones:

- El Miembro disputa la opinión de Molina o de un médico sobre la razonabilidad o necesidad de procedimientos quirúrgicos.
- El Miembro está gravemente herido o enfermo.

Se requiere una Autorización Previa para obtener una segunda opinión de un Proveedor No Participante. Supongamos que Molina autoriza a un médico que es un Proveedor No Participante. En ese caso, Molina pagará el monto de todos los cargos usuales, razonables y habituales en la comunidad. El Miembro será responsable de pagar un coseguro por el monto del 40 % de la Cantidad Aprobada. El Proveedor No Participante debe estar en el Área de Servicio de Molina para este producto, a menos

que Molina de Autorización Previa a otro proveedor. Para las pruebas que se consideren necesarias por el médico, Molina puede requerir que las pruebas sean realizadas por las instalaciones de prueba del Proveedor Participante.

El Miembro puede estar limitado a tres solicitudes de segunda opinión por año calendario en virtud de este producto.

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 parto), la interrupción de embarazo, el suicidio asistido y otros servicios. Los Miembros deben comunicarse con los Proveedores Participantes o con el Centro de Apoyo al Cliente para asegurarse de que puedan recibir los servicios de atención médica que necesitan. 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 motivos de discapacidad y exige que Molina y sus contratistas hagan adaptaciones razonables para los Miembros con discapacidades. Para solicitar asistencia con las adaptaciones razonables, los Miembros con discapacidades pueden comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente.

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 llamar al Centro de Apoyo al Cliente de Molina para encontrar un Proveedor Participante apropiado.

Acceso para Personas con Impedimentos Auditivos o del Habla: 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 importantes sobre productos estarán disponibles en formatos accesibles para personas con visión disminuida o ciegas. El formato en letra de molde grande está disponible. 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 Formales 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 formal ante Molina. Consulte la sección Reclamaciones y Apelaciones de este Acuerdo para obtener más información sobre cómo presentar una queja formal.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Molina debe aprobar ciertos servicios médicos y medicamentos recetados antes de cubrirlos. Este proceso se denomina Autorización Previa (“PA”, en inglés). Muchos Servicios Cubiertos se pueden recibir sin la necesidad de PA. Cuando la PA sea necesaria para un servicio médico o medicamento en particular, el Proveedor del Miembro iniciará la solicitud de PA en su nombre.

Para obtener una lista completa de los Servicios Cubiertos e información sobre si requieren PA, visite MolinaMarketplace.com/FLGetCare. En la lista se especifica qué servicios requieren PA y cuáles no. Además, los Miembros pueden ponerse en contacto con el Servicio de Apoyo al Cliente para obtener ayuda.

Molina revisa las solicitudes de PA al recibir toda la información requerida. En casos urgentes, el Proveedor de un Miembro puede solicitar un procesamiento acelerado de PA. Molina comunicará la decisión al Proveedor del Miembro dentro de los plazos permitidos por la ley Estatal y Federal.

Se notificará a los Miembros si se deniega su solicitud de PA y recibirán información sobre cómo apelar la denegación.

Tenga en cuenta que las reglas de la PA están sujetas a cambios. Se recomienda a los Miembros que se comuniquen con el Centro de Apoyo al Cliente o visiten MolinaMarketplace.com antes de buscar ciertos servicios.

Plazos de la PA

Servicios médicos:

- **Solicitudes de PA de rutina:**
 - 15 días.
 - Extensión: 15 días más, si es necesario. Molina le notificará el motivo del retraso.
- **Solicitudes de PA urgentes:**
 - 72 horas desde la solicitud.
 - Extensión: si necesitamos más información, Molina la solicitará. Molina decidirá dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la información o después de la fecha límite para enviar la información, lo que ocurra primero.

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

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

- **Afecciones Médicas de Emergencia y Servicios Posteriores a la Estabilización:** no necesitan PA. Sin embargo, los Servicios Posteriores a la

Estabilización recibidos en el departamento de pacientes internados de un hospital están sujetos al proceso de Revisión Simultánea para Pacientes Internados que se describe a continuación.

Medicamentos y Medicamentos Recetados: Las decisiones sobre la Autorización previa y las notificaciones para medicamentos que no figuran en el formulario de Molina se proporcionarán como se describe en la sección titulada “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 guiar a los Miembros durante todo este proceso. Si un Miembro tiene preguntas sobre cómo se puede aprobar un determinado servicio, puede visitar MolinaMarketplace.com o comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente. Molina puede explicarle cómo se toma este tipo de decisión.

Los criterios para determinar la Necesidad médica para los servicios de atención médica incluyen evaluar si los servicios se alinean con el diagnóstico o la condición del Miembro en relación con el tipo, la cantidad, la frecuencia, el nivel, el establecimiento y la duración. La evaluación de la Necesidad médica se basa en evidencia médica o científica generalmente aceptada y es consistente con los parámetros de práctica generalmente aceptados.

Molina no otorgará la Autorización previa si no se proporciona la información necesaria para la revisión. Los servicios que no cumplan con los criterios de Necesidad médica no recibirán aprobación. Si el servicio solicitado no es un Servicio cubierto, no será aprobado. Los Miembros recibirán un aviso escrito en el que se explicará el motivo de la denegación de la solicitud de Autorización Previa. El Miembro, su Representante Autorizado o su Proveedor pueden apelar la decisión de determinación de Necesidad Médica. La carta de decisión informará a los Miembros sobre el proceso para apelar la decisión de denegación. Estas instrucciones también se encuentran en la sección “Reclamaciones y Apelaciones” de este Acuerdo. Los Miembros pueden solicitar los criterios de revisión clínica utilizados para evaluar la Necesidad médica de las solicitudes de autorización comunicándose con el Centro de Apoyo al Cliente.

Si un Miembro o su Proveedor deciden proceder con un servicio que no recibió la aprobación de Molina, el Miembro será responsable de cubrir el costo de dichos servicios.

Revisión de la Utilización: El personal autorizado de Molina procesa las solicitudes de Autorización Previa. Si se solicita, los Proveedores y Miembros que pidan una autorización para Servicios Cubiertos recibirán un detalle de los criterios utilizados para tomar las determinaciones de cobertura. Molina brinda asistencia e informa a los miembros sobre alternativas de atención cuando un miembro no está autorizado para recibir un servicio.

Revisión Simultánea para Pacientes Internados: 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.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB, EN INGLÉS)

La Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) se aplica cuando una persona tiene cobertura para atención médica de más de un Plan. El término “Plan” se define a continuación para los fines de esta sección. 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 los términos de su póliza, 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 excedan el 100 % del Gasto total permitido.

Definiciones:

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

(1) El plan incluye lo siguiente: contratos de seguro grupales y no grupales, contratos de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés), planes de panel cerrado u otras formas de cobertura grupal o de tipo grupal (ya sea con o sin seguro); componentes de atención médica de contratos de atención médica a largo plazo, como atención de enfermería especializada; beneficios médicos en virtud de contratos para automóviles individuales y grupales; y Medicare u otros planes gubernamentales federales, según lo permita la ley.

(2) El Plan no incluye: cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija; cobertura solo por accidente; cobertura específica de enfermedad o accidente; cobertura limitada de salud de beneficios, como se define en la Ley Estatal, cobertura del tipo de accidente escolar; beneficios para componentes no médicos de las pólizas de atención médica a largo plazo; pólizas complementarias de Medicare; pólizas 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 COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se trata como un Plan separado.

B. En una disposición de COB, este plan significa 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 Primario o un Plan Secundario cuando la persona tiene cobertura para atención médica de más de un Plan. Cuando este Plan es primario, determina el pago de sus beneficios antes que los de cualquier otro Plan, sin considerar los beneficios de ningún otro Plan. Cuando este Plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro Plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del Plan no superen el 100 % del Gasto total permitido.
- D. El gasto permitido es un gasto de atención médica, como Deducibles, Coseguro y Copagos, que está cubierto al menos en parte por cualquier Plan que cubra a la persona. Cuando un Plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un Gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún Plan que cubra a la persona no es un Gasto permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor 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 tiene cobertura de un Plan que calcula sus beneficios o servicios sobre la base de las tarifas usuales y habituales o de la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, así como de otro Plan que proporciona sus beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, el acuerdo de pago del Plan primario será el gasto permitido para todos los Planes. Sin embargo, si el Proveedor tiene un contrato con el Plan secundario para proporcionar el beneficio o el servicio por una tarifa negociada específica o un monto de pago que sea diferente del acuerdo de pago del Plan primario y si el contrato del Proveedor lo permite, la tarifa negociada o el pago serán los Gastos permitidos que el Plan secundario utilice para determinar sus beneficios.
 - (5) El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del Plan primario debido al incumplimiento de las disposiciones del Plan por parte de una persona no es un gasto permitido. Algunos ejemplos de este tipo de disposiciones del Plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, precertificaciones de internaciones y contratos de Proveedores preferidos.
- E. El Plan de panel cerrado es un Plan que proporciona beneficios de atención médica a las personas cubiertas principalmente en la forma de servicios a través de un

panel de Proveedores con los que tiene un contrato o a quienes ha empleado; no incluye la cobertura de servicios proporcionados por otros Proveedores, excepto en casos de Emergencia o derivación por parte de un miembro del panel.

- F. El Padre con custodia es el padre que recibe la custodia de un niño por medio de un decreto judicial o, en ausencia de este, es el padre con quien el niño vive más de la mitad del año calendario, sin incluir las visitas temporales.

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) La cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y establece que esta cobertura complementaria será superior a cualquier otra parte del Plan provista por el titular del contrato. Ejemplos de estos tipos de situaciones son las principales coberturas médicas que se superponen sobre los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan base, y las coberturas de tipo de seguro que se suscriben en relación con un Plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.

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

- D. Cada Plan determina su orden de beneficios según la primera de las siguientes reglas que se aplique:

(1) No dependiente o Dependiente. El Plan que cubre a la persona que no sea como dependiente, por ejemplo como empleado, miembro, titular de póliza, suscriptor o jubilado es el plan principal y el Plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, conforme a la ley federal, Medicare es secundario respecto del Plan que la cubre como Dependiente y primario respecto del Plan que la cubre en calidad distinta de la de Dependiente (p. ej., un empleado jubilado), entonces el orden de los beneficios entre los dos Planes se invierte y, en este caso, el Plan que cubre a la persona como empleado, Miembro, asegurado, Suscriptor o jubilado pasa a ser el Plan secundario y el otro, el Plan principal.

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

- (a) En el caso de un niño Dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, independientemente de si se han casado o no: (i) El Plan del padre o la madre cuyo cumpleaños cae antes en el año calendario es el Plan primario; o bien, (ii) si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el Plan que ha cubierto a uno de ellos por más tiempo es el Plan primario.
- (b) En el caso de un niño 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 regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que el Plan recibe notificación del decreto judicial; (ii) Si un decreto judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del Subpárrafo (a) anterior determinarán el orden de los beneficios; (iii) Si un decreto judicial establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de los padres tiene la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del Subpárrafo (a) anterior determinarán el orden de los beneficios; o (iv) Si no existe un decreto judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios para el hijo es el siguiente:
- El Plan que cubre al padre con custodia.
 - El Plan que cubre al cónyuge del padre con custodia.
 - El Plan que cubre al padre sin custodia.
 - 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 son los padres del menor, las disposiciones del subpárrafo (a) o (b) anterior determinarán el orden de los beneficios como si esas personas fueran los padres del niño.
- (3) Empleado activo o jubilado, o empleado despedido. El Plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no fue despedido ni jubilado, es el Plan primario. El plan que cubre a esa misma persona como un empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado retirado o despedido. Si el otro Plan no tiene esta regla, y como resultado, los Planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada bajo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.
- (4) COBRA o continuación de cobertura estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona conforme a la COBRA o bajo un derecho de continuación proporcionado por la ley estatal u otra ley federal está cubierta por otro Plan, el Plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o

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

Efecto sobre los beneficios de este plan:

- A. Cuando este Plan es secundario, puede reducir sus beneficios para que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes durante un año del plan no sean más que los Gastos totales permitidos. Al determinar la cantidad a pagar por cualquier reclamación, el Plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura 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 primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes por la reclamación no superen el Gasto permitido total para esa reclamación. Además, el Plan secundario acreditará a su plan el deducible de cualquier monto que hubiera acreditado a su deducible en ausencia de otra cobertura para atención médica.
- B. Si una persona cubierta está inscrita en dos o más Planes de panel cerrado y si, por cualquier razón, incluida la prestación de servicios por un Proveedor que no es parte del panel, el Plan de panel cerrado no paga los beneficios, la COB no se aplicará entre ese Plan y otros Planes de panel cerrado.

Derecho a recibir y divulgar la información necesaria: se necesitan ciertos datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica para aplicar estas reglas de la COB y determinar los beneficios pagaderos según este Plan y otros Planes. Molina puede obtener los 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. En ese caso, Molina puede pagar ese monto a la organización que hizo ese pago. Ese monto se tratará entonces como si fuera un beneficio pagado bajo este Plan. Molina no tendrá que volver a pagar ese monto. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en forma de servicios, en cuyo

caso “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios. Si el monto de los pagos realizados por Molina es más de lo que debería haber pagado en virtud de esta disposición de COB, Molina podrá recuperar el exceso de una o varias de las personas a las que ha pagado o por las que ha pagado, o de otras personas u organizaciones que puedan ser responsables 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 los Costos Compartidos de ciertos Servicios Cubiertos en conformidad con este Acuerdo. Los miembros deben revisar su Plan de Beneficios para conocer los Costos Compartidos que se aplican 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 de los Costos Compartidos aplicables a la visita al consultorio.

Los Miembros que reciben Servicios cubiertos hospitalarios para pacientes internados o servicios en un centro de enfermería especializada en la fecha de vigencia de este Acuerdo pagan los Costos Compartidos vigentes conforme a este Acuerdo a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura con Molina. En el caso de los artículos pedidos por adelantado, los Miembros pagan los Costos Compartidos vigentes conforme a este Acuerdo a partir de la fecha de entrada en vigencia solo para los Servicios Cubiertos. Los costos compartidos de los medicamentos recetados cubiertos se deben pagar en el momento en que la farmacia de la red surta la receta del Miembro. Los niveles del formulario y los Costos Compartidos del diseño del plan se describen en la sección “Medicamentos recetados” de este Acuerdo y en el Plan de Beneficios de 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 a los Costos Compartidos, 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.

Molina no cubrirá ningún servicio, suministro o equipo que se proporcione antes de la fecha de entrada en vigor o después de la fecha de terminación 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 son Servicios Cubiertos en virtud de este Acuerdo.

Los Miembros pueden acceder directamente a cualquier Proveedor Participante y no necesitan una derivación para ver a médicos especialistas, incluyendo pero sin limitarse a las siguientes especialidades:

- Podología
- Servicios quiroprácticos
- Dermatología
- Obstetras y ginecólogos (OB/GYN)
- Proveedor Participante de salud mental o trastorno por consumo de sustancias

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

La cobertura de EHB incluye, al menos, las 10 categorías de beneficios identificadas en la Ley ACA y sus normas federales correspondientes. Los Miembros no pueden quedar excluidos de la cobertura en ninguna de las 10 categorías de los EHB. Tenga en cuenta que los Miembros no serán elegibles para los Servicios pediátricos Cubiertos de EHB en virtud de este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m., hora del Este, del último día del mes en que cumplan 19 años. Esto incluye la cobertura dental para pacientes pediátricos, que se puede comprar por separado 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 preventivos de los EHB, el miembro no tendrá que pagar Costos Compartidos.
- Molina debe asegurarse de que los Costos Compartidos que los Miembros pagan por todos los EHB no excedan el límite anual determinado en virtud de la ACA.

A los efectos del límite anual de los EHB, los Costos Compartidos se refieren a cualquier costo que un Miembro deba pagar para recibir los EHB. Los Costos Compartidos incluyen 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 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 aquel que se encuentra en fase I, fase II, fase III o fase IV, que se lleva a cabo en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra Enfermedad o Afección Potencialmente Mortal y que cumple con una de las siguientes condiciones:

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

Todas las aprobaciones y requisitos de autorización previa que se aplican a la atención de rutina para los Miembros que no están en un Ensayo Clínico Aprobado también se aplican a la atención de rutina para los Miembros en ensayos clínicos aprobados. Si un Miembro califica, Molina no puede negarle la participación. Asimismo, Molina no puede denegar, limitar ni imponer 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 Aprobado. El costo de los medicamentos utilizados en el manejo clínico directo del Miembro estará cubierto a menos que el Ensayo Clínico Aprobado sea para la investigación de ese medicamento o que el medicamento sea proporcionado gratuitamente a los Miembros en el ensayo clínico.

Molina no tiene la obligación de cubrir ciertos elementos y servicios que no son costos rutinarios para el paciente, según lo determina la Ley de Atención Médica Asequible, incluso si el Miembro incurre en estos costos mientras participa en un Ensayo Clínico Aprobado. Los costos excluidos de la cobertura en virtud de este Plan incluyen:

- 1) el artículo, dispositivo o servicio de investigación clínica en sí,
- 2) artículos y servicios exclusivamente para fines de recopilación y análisis de datos y no para el manejo clínico directo del paciente,
- 3) cualquier servicio que no se ajuste al estándar de atención establecido para el diagnóstico del paciente, y
- 4) transporte, alojamiento, comida y otros gastos asociados con el viaje hacia o desde un Centro que proporcione el Ensayo Clínico Aprobado.

Los servicios o los costos de rutina del paciente asociados con los Ensayos Clínicos Aprobados obtenidos de un Proveedor No Participante no están cubiertos.

Si uno o más Proveedores Participantes intervienen en un Ensayo Clínico Aprobado, Molina puede requerir que un Miembro participe en el ensayo por medio de dicho Proveedor Participante, siempre y cuando el Proveedor acepte al Miembro como participante en el Ensayo Clínico Aprobado.

Si el Ensayo Clínico Aprobado se lleva a cabo fuera del estado de residencia del Miembro, no se denegará la cobertura de los servicios de pacientes de rutina relacionados con el Ensayo Clínico Aprobado únicamente porque el ensayo se lleve a cabo fuera del estado.

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, los Costos Compartidos se aplicarán igual que si el servicio no estuviera específicamente relacionado con un Ensayo Clínico Aprobado. Los miembros pagarán los Costos Compartidos 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 sobre la cobertura.

Trastorno del Espectro Autista (ASD, en inglés): 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. Molina cubre el tratamiento médicamente necesario

para los trastornos del espectro autista, incluido el análisis conductual aplicado (ABA, en inglés), recetado o indicado por un proveedor.

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

- Las pruebas y las pruebas de detección preventivas de cáncer (consulte la sección “Servicios Preventivos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Pruebas de detección 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 ortóticos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Costos de atención de pacientes de rutina para los Miembros que participan en un Ensayo Clínico Aprobado para el cáncer (consulte la sección “Ensayos Clínicos Aprobados” de este Acuerdo para obtener más información).
- 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 de rutina para pacientes pediátricos bajo este Acuerdo. Los servicios dentales y de ortodoncia proporcionados conforme a este Acuerdo deben contar con una Autorización Previa y se limitan a los siguientes:

- Servicios dentales para el tratamiento con radioterapia.
- Anestesia dental cuando sea Medicamento Necesaria.
- Servicios dentales y de ortodoncia para el labio leporino y el paladar hendido.
- Servicios para tratar el trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ, en inglés) (consulte la sección “Trastorno de la articulación temporomandibular” de este Acuerdo).
- Servicios dentales necesarios debido a lesiones accidentales.

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 de retinopatía diabética (exámenes de retina dilatada).
- Materiales educativos fáciles de leer sobre la salud de las personas diabéticas.
- Terapia de nutrición médica en un ambiente de salud ambulatorio, para pacientes internados o domiciliario.
- Capacitación para la autocontrol 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 son recetados por un Proveedor Participante que es un podólogo.
- Los Servicios Preventivos incluyen los siguientes:
 - Pruebas de detección de diabetes (de tipo 2).
 - Pruebas de detección de diabetes gestacional.
- Servicios de dietistas.
- Asesoramiento nutricional.

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

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

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

Servicios de emergencia

Servicios de emergencia disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los Miembros. Los Miembros que crean que están teniendo una Emergencia deben llamar al 911 de inmediato y acudir al centro de Emergencias más cercano. Para recibir los Servicios de Emergencia, los Miembros deben presentar su tarjeta de identificación del Miembro. Los Miembros que creen que no necesitan Servicios de Emergencia, pero que necesitan ayuda médica, deben llamar al número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas o comunicarse con su PCP. Los Miembros no deben ir Sala de Emergencias si su afección no es una Emergencia.

Servicios de Emergencia cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio: los Miembros deben acudir a la sala de emergencias más cercana para recibir atención cuando estén fuera del Área de Servicio de Molina cuando crean que están teniendo una Emergencia. Comuníquese con 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:: los Servicios de Emergencia para el tratamiento de una Condición Médica de Emergencia están sujetos a los Costos Compartidos de estos servicios prestados por Proveedores Participantes o Proveedores No Participantes. Los Miembros deben consultar los Costos Compartidos para los Servicios de Emergencia en el Plan de Beneficios.

Servicios Posteriores a la Estabilización prestados por un Proveedor No Participante: excepto como se establece a continuación, cuando el traslado a un Hospital Proveedor Participante sea adecuado, o cuando se apliquen otras exclusiones de beneficios, Molina cubre los Servicios Posteriores a la Estabilización prestados por un Proveedor No Participante de acuerdo con las leyes Estatales y Federales. Los Servicios Posteriores a la Estabilización Cubiertos, ya sea de Proveedores Participantes o

Proveedores No Participantes, están sujetos a los Costos Compartidos para los servicios de emergencia en el Plan 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 Estatal o federal, según corresponda.

Transferencia a un Hospital Proveedor Participante: se requiere Autorización Previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de Servicios de Emergencia y otras excepciones identificadas en este Acuerdo. Para los miembros que son admitidos en un centro de Proveedores No Participantes para recibir servicios de emergencia, Molina trabajará con el miembro y su proveedor para proporcionar transporte a un centro de Proveedores Participantes. Si el Miembro renuncia a las protecciones Federales de Facturación del Saldo y 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 de los pagos y estos no se aplicarán al OOPM.

Transporte Médico de Emergencia: el Transporte Médico de Emergencia en ambulancia terrestre y aérea, o los servicios de transporte en ambulancia proporcionados a través del sistema de auxilio para emergencias del 911 se cubrirán cuando sean Médicamente Necesarios. Estos servicios están cubiertos solo cuando otros tipos de transporte pondrían en riesgo la salud o la seguridad del miembro. No se cubre el transporte médico de emergencia fuera de los Estados Unidos.

Planificación Familiar: Molina cubre los servicios de planificación familiar, que incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA. Los servicios de planificación familiar incluyen los siguientes;

- Diagnóstico y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (STD, en inglés) si se indican médicamente.
- Suministros anticonceptivos recetados, lo que incluye suministros anticonceptivos de emergencia provistos por un farmacéutico que es un Proveedor Participante o por un Proveedor No Participante, en el caso de una Emergencia.
- Atención de seguimiento por cualquier problema que pueda tener el Miembro al usar métodos anticonceptivos proporcionados por los Proveedores de planificación familiar.
- Pruebas 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.
- Pruebas de detección, pruebas y asesoramiento de personas en riesgo para el HIV y derivación para el tratamiento.
- Servicios de esterilización voluntaria, incluidas ligaduras de trompas (para mujeres) y vasectomías (para hombres).

- Cualquier otra consulta, examen, procedimiento y servicio médico ambulatorio que sea necesario para recetar, administrar, mantener o retirar un anticonceptivo.

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

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

- Servicios de atención médica domiciliaria.
- Servicios de asistencia médica domiciliaria.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros médicos.
- Aparatos médicos necesarios
- Consultas de enfermería y servicios de enfermería especializada de medio tiempo.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria.
- Hasta 2 horas por visita de un enfermero, un trabajador social médico, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional o un terapeuta del habla.
- Orientación Nutricional
- Limitado a 20 días por año calendario.
- Atención de enfermería a tiempo parcial (es decir, menos de 8 horas al día y menos de un total de 40 horas en una semana calendario) o intermitente (es decir, una visita de hasta, pero sin exceder, 2 horas por día) por parte de una enfermera registrada y/o servicios de asistente de salud en el hogar.

Excluido: Servicios prestados por un empleado/operador de un centro de convivencia para adultos, un hogar de acogida para adultos, un centro de atención diurna para adultos o un centro de enfermería.

Atención Médica para Pacientes Terminales: Molina cubre la atención médica para pacientes terminales para los miembros con enfermedades terminales (con una esperanza de vida de 12 meses o menos). Los Miembros pueden elegir la atención en un centro de cuidados paliativos en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por este Plan. Molina cubre la atención médica para pacientes terminales en el hogar y una habitación semiprivada en un centro de cuidados paliativos. Molina también cubre atención de relevo por hasta siete días por ocurrencia. Los cuidados de relevo son la atención para pacientes internados a corto plazo que se brinda para brindar alivio a una persona a la que normalmente se le brinda atención.

Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados: los Miembros deben contar con una Autorización Previa antes de recibir los Servicios Cubiertos en el Hospital, excepto en el caso de una Emergencia y otras excepciones identificadas en este Acuerdo. 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 estén autorizados, 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 Estatal o federal. Molina trabajará con el Miembro y su Proveedor para proporcionar el transporte médicamente apropiado al centro de un Proveedor Participante. Si la cobertura con Molina termina durante una hospitalización, los servicios recibidos después de la fecha de terminación del Miembro no son Servicios Cubiertos.

Análisis de Laboratorio, Servicios de Radiología (Radiografías) y Servicios Especializados de Exploración: Molina cubre servicios de laboratorio, radiología (incluidas radiografías) y exploración con un Proveedor Participante. Los servicios de exploración cubiertos pueden incluir exploraciones por tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET) 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 Médicamente Necesarias, se detalla en la sección “Servicios Dentales y de Ortodoncia” de este Acuerdo.

Servicios de Salud Mental (para Pacientes Internados y Ambulatorios): Molina cubre servicios de salud mental cuando los proporcionan Proveedores Participantes y centros que brindan atención dentro del alcance de su autorización. Molina cubre el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales, incluidos servicios para el tratamiento de la disforia de género, en la medida en que lo exijan las Leyes Federales y Estatales. Molina puede requerir autorización para la cobertura de servicios, incluidos 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 Trastornos Mentales”, edición actual, Revisión de texto (DSM, en inglés). El trastorno mental debe dar como resultado 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 asesores 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 o las

discapacidades cognitivas. Molina no cubre los servicios para afecciones de salud mental que el DSM identifica como algo distinto de un Trastorno Mental.

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

- Atención para pacientes internados.
- Estabilización de crisis.
- 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

Los servicios ambulatorios de salud mental/conductual excluyen los servicios de pruebas psicológicas asociados con la evaluación y el diagnóstico de las discapacidades del aprendizaje o de la discapacidad intelectual. Los servicios para pacientes hospitalizados de salud mental/conductual excluyen los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados (durante la noche) recibidos en un centro de tratamiento residencial.

Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción: Molina cumple con la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act), que se aplica a nivel federal. Molina garantiza que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento de los servicios de salud mental o los beneficios para trastornos por uso de sustancias proporcionados no sean más restrictivos que los de los beneficios médicos o quirúrgicos. Sin embargo, si la ley federal o estatal prohíbe el tratamiento o el pago de ciertos Servicios de Salud Mental, no hay cobertura disponible bajo esta Póliza.

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

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

- Estudios del sueño (se pueden aplicar los Costos Compartidos del centro por separado).
- Diagnóstico y tratamiento Medicamento Necesarios para la osteoporosis en el caso de individuos de alto riesgo.
- Servicios de un optometrista, un oftalmólogo o una Enfermera Anestesista cuando ejerza dentro del alcance de su licencia.
- Servicios de supervisión de la salud infantil para niños Dependientes desde el nacimiento hasta los 16 años de edad que:
 - Son servicios administrados por el médico o supervisados por el médico.
 - Puede incluir, como mínimo, los servicios prestados en los intervalos y el alcance requeridos por la ley.
 - Debe incluir consultas periódicas que incluyan:
 - Un historial.
 - Un examen físico.
 - Una evaluación del desarrollo y consejos preventivos.
 - Inmunizaciones apropiadas y pruebas de laboratorio.

Esos servicios y consultas periódicas deben limitarse a los que exigen las normas médicas vigentes. Tales servicios y consultas periódicas deben ser consistentes con las “Recomendaciones para la Atención Médica Preventiva Pediátrica” de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics). Las consultas están limitadas a una consulta pagadera a un Proveedor Participante por todos los servicios proporcionados en cada consulta.

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 Medicamento Necesarios para un parto domiciliario.
- servicios para Complicaciones del Embarazo, como sufrimiento fetal, diabetes gestacional y toxemia;
- Servicios de laboratorio.
- atención de internación durante 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea. Las internaciones más largas requieren que la miembro o su proveedor notifiquen a Molina.
- Servicios prestados por centros de parto autorizados y por enfermeras-parteras certificadas y parteras licenciadas que trabajan dentro del alcance de sus licencias

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

Interrupción del Embarazo: Los servicios de interrupción del embarazo solo están cubiertos en la medida en que lo exija la Ley Estatal y Federal.

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

Servicios Preventivos: según la Ley de Atención Médica Asequible y como parte de los Beneficios de Salud Esenciales del Miembro, Molina cubre servicios preventivos sin Costos Compartidos para los Miembros. Los servicios preventivos incluyen lo siguiente:

- Artículos 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 Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, en inglés). Visite el sitio web de USPSTF para obtener recomendaciones de servicios preventivos en [uspreventiveservicestaskforce.org](https://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 médica preventiva informada de la evidencia y las pruebas de detección previstas en las pautas integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, en inglés).
- Los servicios preventivos y las pruebas de detección previstos en las pautas integrales respaldadas por la HRSA, en la medida en que no estén ya incluidos en ciertas recomendaciones del USPSTF; y
- Profilaxis previa a la exposición (PrEP, en inglés) para prevenir la infección por HIV en personas que corren un alto riesgo de infección sin Costos Compartidos. Esto incluye:
 - Medicamentos PrEP (medicamentos antivirales cuando se recetan para prevenir la infección por HIV)
 - Pruebas de laboratorio y otros procedimientos de diagnóstico (incluidas las pruebas de HIV, infecciones de transmisión sexual, funcionalidad renal, hepatitis B, hepatitis C y panel de lípidos)
 - Asesoramiento sobre el cumplimiento de los medicamentos antirretrovirales
- Las mamografías que se indican a continuación:
 - Una mamografía inicial para cualquier Miembro que tenga entre 35 y 40 años de edad.
 - Una mamografía cada 2 años para cualquier Miembro que tenga entre 40 y 50 años de edad o más, o con mayor frecuencia según las recomendaciones del Proveedor de la Miembro.
 - Una mamografía cada año para cualquier Miembro que tenga 50 años de edad o más.
 - Una o más mamografías al año, según la recomendación de un Proveedor para cualquier Miembro que esté en riesgo de padecer cáncer de mama debido a antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, a que tiene antecedentes de enfermedad mamaria benigna comprobada por biopsia, a que su madre, hermana o hija ha tenido

cáncer de mama, o bien porque la Miembro no ha dado a luz antes de los 30 años de edad.

Todos los servicios preventivos deben ser proporcionados por un Proveedor Participante para ser cubiertos en virtud de este Acuerdo. Las visitas al consultorio asociadas con servicios preventivos están cubiertas sin Costos Compartidos cuando el servicio no se factura por separado (o no se rastrea como datos de encuentros individuales por separado) de la visita al consultorio, y el propósito principal de la visita al consultorio es la prestación del servicio preventivo recomendado.

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

Si una recomendación o pauta gubernamental existente o nueva no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el establecimiento para la prestación de atención médica preventiva, entonces Molina puede imponer límites razonables de cobertura a dicha atención preventiva. Los límites de cobertura serán conforme a la ACA, sus normas federales correspondientes y las Leyes Estatales aplicables.

Dispositivos Protésicos Y Ortóticos, Implantados Internamente o Externos:

Molina cubre los dispositivos ortopédicos y ortóticos que se describen en esta sección si se cumple con 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; y
- El Miembro recibe el dispositivo del Proveedor que Molina seleccione.

La cobertura incluye la adaptación a medida y el ajuste del dispositivo, la reparación o sustitución del dispositivo (a menos que se deba a una pérdida o mal uso) y los servicios para determinar si el Miembro necesita un dispositivo ortopédico u ortótico. Si Molina cubre un dispositivo de repuesto, el Miembro paga el Costo Compartido que correspondería por la obtención de ese dispositivo, como se especifica a continuación.

Dispositivos implantados internamente: Molina cubre dispositivos implantados internamente, como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos osteointegrados y articulaciones de la cadera si estos dispositivos se implantan durante una cirugía que está cubierta por Molina. Consulte las secciones “Servicios para Pacientes Internados” o “Servicios de Atención Médica Ambulatoria” (según corresponda) del Plan de Beneficios para ver el Costo Compartido aplicable a estos dispositivos.

Dispositivos externos: El Costo Compartido del Equipo Médico Duradero se aplica a los siguientes dispositivos ortopédicos y ortóticos externos.

- Dispositivos ortopédicos y accesorios de instalación para restaurar un método de expresión después de la extracción de la totalidad o parte de la laringe (esta cobertura no incluye máquinas productoras de voz electrónica, que no son dispositivos ortopédicos).
- Prótesis necesarias después de una mastectomía Médicamente Necesaria, incluidas prótesis hechas a medida cuando son Médicamente Necesarias y hasta tres brassieres cada 12 meses cuando se requiere llevar una prótesis.
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando son recetados por un Proveedor Participante que es un podólogo.
- Las prendas de compresión para quemaduras y las envolturas y prendas para linfedema.
- Fórmula enteral para Miembros que requieren alimentación por sonda de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Prótesis para sustituir una parte del órgano facial externo (de forma total o parcial) que ha sido retirada o alterada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito.

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

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

Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva no están cubiertos:

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

Servicios de Rehabilitación: Molina cubre servicios que ayudan a los miembros a mantener, recuperar o mejorar las destrezas y el funcionamiento para la vida diaria que se perdieron o deterioraron a causa de una enfermedad, una lesión o una discapacidad. Estos servicios pueden incluir la fisioterapia, la terapia ocupacional, la terapia del habla y otros servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos de internación o ambulatorios. Los servicios de rehabilitación ambulatorios se limitan a un total de 35 consultas para cualquier combinación de las siguientes terapias; sin embargo, solo 26 de esas consultas pueden ser para la Terapia de Manipulación Espinal:

- Terapia de Rehabilitación Cardíaca
- Terapia Ocupacional
- Fisioterapia
- Terapia del Habla
- Terapia de Masaje por un terapeuta de masaje autorizado
- Terapia de Manipulación Espinal

Servicios Dentales de Rutina para Adultos (a partir de los 19 años): algunos planes de Molina ofrecen servicios dentales de rutina para adultos. Consulte el Plan de Beneficios del Miembro para verificar la cobertura dental y los Costos Compartidos de los Servicios Cubiertos por el Plan. Los siguientes servicios dentales de rutina para adultos son Servicios Cubiertos para Miembros de 19 años o más cuando son proporcionados por un Proveedor Participante.

Molina cubre los siguientes servicios de diagnóstico, servicios preventivos y consultas especiales cuando sean Médicamente Necesarios:

- Servicios de diagnóstico, incluidos procedimientos para ayudar al Proveedor Participante a determinar el tratamiento dental requerido.
- Servicios preventivos que incluyen las limpiezas y la eliminación del sarro en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada (tenga en cuenta que el mantenimiento periodontal se considera un servicio básico a efectos de Costos Compartidos).
- Consulta, opinión o consejo de un Especialista solicitados por un dentista general.

Molina cubre los siguientes servicios dentales básicos cuando son Médicamente Necesarios:

- Anestesia general o sedación intravenosa (IV) cuando es administrada por un Proveedor Participante para una Cirugía Oral cubierta o para determinados procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales.
- Limpiezas periodontales para mantenimiento periodontal.
- Tratamiento paliativo de Emergencia para aliviar el dolor.
- Servicios de restauración que incluyen restauraciones con amalgama y resina compuesta (empastes) y restauraciones prefabricadas para el tratamiento de lesiones cariosas (destrucción visible de la estructura dental dura causada por el proceso de caries).

Molina cubre los siguientes servicios dentales importantes cuando son Médicamente Necesarios:

- Coronas e incrustaciones intercuspídeas/cuspídeas parciales, incluido el tratamiento de lesiones cariosas (caries visible de la estructura dental dura) cuando los dientes no pueden restaurarse con amalgama o resina compuesta.
- Procedimientos de prostodoncia para la construcción de puentes fijos, dentaduras postizas parciales o completas y la reparación de puentes fijos; colocación y extracción quirúrgica de implantes; y prótesis compatibles con implantes, incluida la reparación y recementación de implantes.

- Cirugía bucal para extracciones y ciertos otros procedimientos quirúrgicos (incluidos los cuidados previos y posteriores a la cirugía).
- Endodoncia para el tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa dentaria.
- Periodoncia para el tratamiento de encías y huesos que sostienen los dientes.
- Reparación de dentaduras postizas parciales o completas, incluidos procedimientos de reparación de base y recubrimiento interno.

Nota sobre los Servicios Cubiertos adicionales durante el embarazo: Cuando una Miembro está embarazada, Molina pagará por servicios adicionales para favorecer la salud bucal de la Miembro durante el embarazo. Los servicios adicionales que están disponibles cada año calendario mientras el Miembro está cubierto por la Póliza incluyen los siguientes:

- Un (1) examen oral adicional, y uno de los servicios siguientes:
 - una (1) limpieza de rutina adicional;
 - una (1) eliminación del sarro y alisado radicular periodontal adicional por cuadrante; o
 - un (1) procedimiento adicional de mantenimiento periodontal.

La Miembro o el Proveedor de la Miembro deben proporcionar una confirmación por escrito del embarazo cuando se presente la reclamación.

Exclusiones y Limitaciones: Ciertos servicios dentales están excluidos o tienen una cobertura limitada en todos los planes de Molina, incluidos aquellos que ofrecen cobertura para servicios dentales de rutina para adultos. Estas exclusiones y limitaciones se aplican independientemente de si los servicios están dentro del alcance de la licencia de un Proveedor. Los servicios dentales específicos tienen una cobertura limitada en virtud de este plan y se describen a continuación:

- “*Servicios opcionales*”: servicios que son más costosos que la forma de tratamiento que se proporciona habitualmente según los estándares de práctica dental aceptados. Los servicios opcionales también incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándar.

Ejemplos de servicios opcionales:

- una restauración con material compuesto en lugar de una restauración de amalgama en los dientes posteriores;
- una corona en lugar de un empaste para restaurar el diente;
- una incrustación intercuspídea/cuspídea parcial en lugar de una restauración de amalgama; o
- porcelana, resina o materiales similares para coronas colocadas en un segundo o tercer molar maxilar, o en cualquier molar mandibular (se cubrirá también una corona de porcelana fusionada a metal noble).

Si un Miembro recibe Servicios Opcionales, se permitirá acceder a un Beneficio alternativo, lo que significa que Molina basará los Beneficios en el costo más bajo del servicio habitual o la práctica estándar en lugar del costo más alto del servicio opcional. El Miembro será responsable de la diferencia entre el costo más alto del servicio opcional y el costo más bajo del servicio habitual o el procedimiento estándar.

- Si un procedimiento dental primario incluye procedimientos constitutivos que se realizan al mismo tiempo que el procedimiento primario, los procedimientos constitutivos se consideran parte del procedimiento primario a los efectos de determinar el beneficio que paga este Acuerdo. Si el Proveedor factura por separado el procedimiento primario y cada uno de sus componentes, el beneficio total pagadero por todos los cargos relacionados se limitará al beneficio máximo pagadero por el procedimiento primario.
- Molina pagará los exámenes orales (excepto los exámenes fuera del horario de atención y los exámenes de observación) no más de una (1) vez cada seis (6) meses en un año calendario.
- Molina pagará las limpiezas, incluida la eliminación del sarro en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada (incluido el mantenimiento periodontal o cualquier combinación de estos procedimientos) no más de una (1) vez cada seis (6) meses en un año calendario. Se permite un desbridamiento bucal completo una vez en la vida, cuando el Miembro no tenga antecedentes de profilaxis, eliminación del sarro y alisado radicular, cirugía periodontal ni procedimientos de mantenimiento periodontal en los últimos tres (3) años, y este se contará dentro de la frecuencia de limpiezas del año correspondiente. Tenga en cuenta que el mantenimiento periodontal, los códigos de procedimiento que incluyen el mantenimiento periodontal y el desbridamiento bucal completo están cubiertos como un beneficio básico, y las limpiezas de rutina, incluida la eliminación del sarro en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada, están cubiertas como un beneficio diagnóstico y preventivo. Consulte la nota sobre los Servicios Cubiertos adicionales durante el embarazo.
- Se permite una evaluación de riesgo de caries una vez cada 12 meses.
- No se permite el desbridamiento completo de la boca cuando lo realiza el mismo dentista/consultorio dental el mismo día que los procedimientos de evaluación.
- La aplicación del medicamento para detener la caries está cubierta una vez por diente cada seis (6) meses cuando el Miembro tiene una evaluación y documentación del riesgo de caries con una conclusión de alto riesgo.
- Limitaciones de estudios por imágenes, que incluyen las siguientes:
 - Molina limitará el monto total reembolsable a la Cantidad Aprobada para una serie completa de imágenes radiográficas cuando las tarifas por cualquier combinación de imágenes intraorales en una misma serie de tratamiento sean iguales o superen la tarifa aceptada para una serie intraoral completa.
 - Los beneficios se limitan a una (1) serie intraoral integral o una (1) imagen panorámica una vez cada 60 meses.
 - Si se toma una imagen panorámica junto con una serie intraoral integral, Molina limitará el reembolso a la Cantidad Aprobada para la serie intraoral integral, y la tarifa por la imagen panorámica correrá a cargo del Miembro.
 - Las imágenes panorámicas no se consideran parte de una serie intraoral completa.
 - Las radiografías de aleta de mordida se limitan a una (1) vez cada año calendario. Las radiografías de aleta de mordida de cualquier tipo no pueden facturarse al Miembro ni a Molina dentro de los seis (6) meses

- posteriores a una serie completa de radiografías, salvo que existan circunstancias especiales que lo justifiquen.
- Las radiografías de aleta de mordida de cualquier tipo se incluyen en la tarifa de una serie completa cuando se toman dentro de los seis (6) meses posteriores a las radiografías completas.
 - Los procedimientos de captura de imágenes no son servicios facturables por separado.
 - Limitaciones de tomografías de haz cónico, que incluyen las siguientes:
 - La obtención e interpretación de imágenes mediante tomografía de haz cónico se cubre una vez cada 12 meses.
 - La interpretación de una imagen de diagnóstico solo está cubierta para los servicios de haz cónico.
 - Este servicio está cubierto no más de una vez en un período de 12 meses.
 - La interpretación de haz cónico es un beneficio cubierto cuando la proporciona un dentista/consultorio dental diferente al dentista/consultorio dental que proporcionó los servicios de captura de haz cónico solamente.
 - Se permiten pruebas de vitalidad pulpar una vez al día cuando no se realiza el tratamiento definitivo.
 - Las consultas a Especialistas se limitan a una vez de por vida por Proveedor y cuentan dentro de la frecuencia de exámenes orales. Las pruebas de detección o las evaluaciones de pacientes, cuando están cubiertas y se informan individualmente, se limitan a solo una (1) en un período de 12 meses y se consideran incluidas si se informan junto con cualquier otro examen realizado en la misma fecha de servicio y en el mismo consultorio del Proveedor.
 - Molina no cubrirá el reemplazo de restauraciones con amalgama y resina compuesta (empastes) y restauraciones prefabricadas dentro de los 24 meses posteriores al tratamiento si el servicio es proporcionado por el mismo Proveedor o consultorio del Proveedor. Las restauraciones de reemplazo, incluida la reinserción de un fragmento de diente, dentro de los 24 meses se incluyen en la tarifa de la restauración original.
 - Las restauraciones protectoras (empastes sedantes) se permiten una vez por diente por vida cuando el tratamiento definitivo no se realiza en la misma fecha de servicio.
 - La pulpotomía terapéutica se limita a una vez de por vida solo para los dientes de leche (caducifolios) y se considera tratamiento paliativo para los dientes permanentes.
 - El desbridamiento pulpar y la pulpotomía parcial para la apexogénesis se limitan a una vez de por vida.
 - La terapia pulpar (empaste reabsorbible) se limita a una vez en la vida. El retratamiento de la terapia de endodoncia por el mismo proveedor/consultorio del proveedor dentro de los 24 meses se considera parte del procedimiento original.
 - La hemisección (incluida la extracción de una raíz, pero no el tratamiento de conducto), la amputación radicular por cada raíz, la reparación interna de la raíz por defectos de perforación y el tratamiento endodóntico incompleto, así como dientes inoperables, irrestaurables o fracturados, tienen un límite de una vez de por vida.

- El retratamiento de la cirugía apical por el mismo proveedor/consultorio del proveedor dentro de los 24 meses se considera parte del procedimiento original.
- La retención con pernos está cubierta una vez en cualquier período de 24 meses.
- El tratamiento paliativo está cubierto por visita, no por diente, y la tarifa incluye todo el tratamiento proporcionado que no sean las imágenes obligatorias o determinados procedimientos de diagnóstico.
- Limitaciones periodontales, que incluyen las siguientes:
 - Los beneficios para el raspado periodontal y el alisado radicular en el mismo cuadrante se limitan a una vez cada 24 meses. En ausencia de documentación de respaldo, la eliminación del sarro y el alisado radicular no se cubrirán en más de dos (2) cuadrantes en la misma fecha de servicio. Consulte la nota sobre los Servicios Cubiertos adicionales durante el embarazo.
 - La cirugía periodontal en el mismo cuadrante se limita a una vez cada 36 meses e incluye cualquier reingreso quirúrgico o raspado y alisado radicular realizado dentro de los 36 meses por el mismo dentista/consultorio dental.
 - Los servicios periodontales, incluidos los injertos de reemplazo óseo, la regeneración tisular guiada, los procedimientos de injerto y los materiales biológicos para ayudar en la regeneración de tejido blando y óseo, solo están cubiertos para el tratamiento de dientes naturales y no están cubiertos cuando se presentan junto con extracciones, cirugía perirradicular, aumento de borde o implantes.
 - La regeneración tisular guiada o los injertos óseos no están cubiertos junto con los injertos de tejidos blandos en la misma área quirúrgica.
 - La cirugía periodontal está sujeta a una espera de 30 días después del raspado periodontal y el alisado radicular en el mismo cuadrante.
 - Las limpiezas (regulares y periodontales) y el desbridamiento completo de la boca están sujetos a una espera de 30 días después del raspado periodontal y el alisado radicular si se realizan en el mismo consultorio del proveedor.
 - Cuando los procedimientos de implante son un beneficio cubierto, la eliminación del sarro y el desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de la superficie del implante, sin apertura de colgajo ni cierre, se cubren como un beneficio básico y están limitados a una vez cada 24 meses.
- Los servicios de cirugía oral están cubiertos una vez en la vida, excepto la extracción de quistes o tumores odontogénicos benignos, la escisión de lesiones benignas y los procedimientos de incisión y drenaje, que están cubiertos una vez en el mismo día.
- La anestesia general y la sedación intravenosa moderada (consciente) están cubiertas solo cuando la proporciona un dentista junto con procedimientos de cirugía bucal cubiertos o determinados procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales.
- Las coronas y las incrustaciones intercuspidéas/cuspidéas parciales están cubiertas una vez en cualquier período de 60 meses, excepto cuando Molina determina que la corona o la incrustación intercuspidéa/cuspidéa parcial

existente no es adecuada y no puede repararse debido a que el diente ha sufrido una pérdida extensa o cambios en la estructura dental o en los tejidos de soporte.

- La reconstrucción del muñón, incluidos los pernos, se cubre una vez en cualquier período de 60 meses.
- Los servicios de perno y muñón están cubiertos una vez en cualquier período de 60 meses.
- Las reparaciones de coronas e incrustaciones intercuspidéas/cuspidéas parciales están cubiertas una vez en cualquier período de 60 meses. Las coronas, incrustaciones intercuspidéas/cuspidéas parciales y puentes fijos incluyen reparaciones durante 24 meses después de la implantación.
- El beneficio por una corona, incrustación intercuspidéa/cuspidéa parcial o servicio de prótesis fija, cuando se permita dentro de los seis (6) meses posteriores a una restauración, se reducirá por el beneficio pagado por la restauración.
- Las reparaciones de dentaduras postizas están cubiertas una vez en cualquier período de seis (6) meses, excepto las reparaciones de dentaduras postizas fijas, que están cubiertas una vez en cualquier período de 60 meses.
- Los aparatos de prostodoncia, los implantes o las prótesis sostenidas por implantes que se proporcionaron en virtud de cualquier plan de Molina solo podrán reemplazarse después de que hayan transcurrido 60 meses, excepto cuando Molina determine que existe una pérdida tan extensa de los dientes remanentes o un cambio en el tejido de soporte que haga que el puente fijo o la dentadura existente no pueda repararse de manera adecuada. El reemplazo de un aparato de prostodoncia o de una prótesis sostenida por un implante que no se proporcione en virtud de un programa de Molina se realizará si Molina determina que el aparato o la prótesis no es adecuado y que no puede repararse de manera adecuada. Las ayudas para facilitar el diagnóstico y el tratamiento de los implantes se consideran parte de las tarifas del tratamiento definitivo y se incluyen en ellas. El pago de Molina por la extracción de un implante se limita a uno (1) por cada implante en un período de 60 meses, ya sea proporcionado en virtud de un plan de Molina o cualquier otro plan de atención dental. Las dentaduras postizas removibles y las dentaduras postizas fijas sostenidas por implantes/pilares recibirán una asignación de beneficios para los aparatos removibles convencionales correspondientes. El Miembro es responsable de la diferencia entre la tarifa de una prótesis dental con soporte de implante/pilar y la tarifa de un aparato de prótesis convencional.
- Los procedimientos de mantenimiento de implantes cuando se retiran y reinsertan prótesis, incluida la limpieza de prótesis y pilares, están cubiertos una vez cada 36 meses.
- La tarifa por acceder y reajustar tornillos sueltos de implantes se incluye en la tarifa por la entrega de la prótesis sostenida por un implante, cuando se realiza dentro de los 6 meses posteriores a la colocación de la prótesis.
- El desbridamiento de un defecto periimplante o defectos que rodean un solo implante (con o sin contorneado óseo) y la limpieza de las superficies expuestas del implante, incluidos la entrada y el cierre del colgajo, se cubren una vez cada 36 meses.

- Cuando se coloca un puente fijo posterior y una dentadura parcial removible en el mismo arco durante el mismo episodio de tratamiento, solo se cubrirá la dentadura parcial.
- La recementación de coronas, incrustaciones intercuspidéas/ cuspidéas parciales, pernos y muñones fabricados indirectamente o prefabricados o puentes está incluida en la tarifa de la corona, la incrustación intercuspidéa/ cuspidéa parcial o el puente cuando la realiza el mismo Proveedor o consultorio del Proveedor dentro de los seis (6) meses posteriores a la colocación inicial. Después de seis (6) meses, el pago se limitará a una (1) recementación por única vez en la vida por parte del mismo proveedor/consultorio del proveedor.
- La colocación inicial de un aparato de prostodoncia o de implantes no está cubierta, a menos que el aparato de prostodoncia o el implante, el puente o la dentadura sea necesario por la extracción de dientes naturales y permanentes realizada mientras el Miembro tenía cobertura de un plan de Molina.
- El ajuste oclusal se permite una vez en un período de 60 meses.
- Molina limitará el pago de las dentaduras postizas a una dentadura parcial o completa estándar (se aplican los Costos Compartidos del Miembro). Una dentadura postiza estándar significa un aparato extraíble para reemplazar los dientes naturales y permanentes faltantes que está hecho de materiales aceptables por medios convencionales e incluye el cuidado rutinario posterior a la colocación, incluidos los ajustes y recubrimientos internos durante los primeros seis (6) meses después de la colocación.
 - La base de la prótesis se limita a una (1) por arco en un período de 24 meses e incluye cualquier revestimiento y ajustes durante seis (6) meses después de la colocación.
 - Las dentaduras postizas, las dentaduras parciales extraíbles y las rebases incluyen ajustes durante seis (6) meses después de la colocación. Después de los seis (6) meses iniciales de un ajuste o recubrimiento interno, los ajustes se limitan a dos (2) por arco en un año calendario y el recubrimiento interno se limita a uno (1) por arco en un período de seis (6) meses. Las prótesis dentales inmediatas y las prótesis dentales parciales removibles inmediatas incluyen ajustes durante tres (3) meses después de la colocación. Después de los tres (3) meses iniciales de un ajuste o recubrimiento interno, los ajustes se limitan a dos (2) por arco en un año calendario y el recubrimiento interno se limita a uno (1) por arco en un período de seis (6) meses.
 - El acondicionamiento de los tejidos se limita a dos (2) por arco en un período de 12 meses. Sin embargo, el acondicionamiento de tejidos no está permitido como un beneficio separado cuando se realiza el mismo día que un servicio de rebase o rebase de dentadura postiza.
 - La recementación de dentaduras parciales fijas se limita a una vez en la vida.
- La frenulectomía solo se considera en casos de anquiloglosia (ligadura de la lengua) que interfiere con la alimentación o el habla según lo diagnosticado y documentado por un médico, o si hay un frenillo penetrante de la papila que interfiere con el cierre de un diastema.

- Las tarifas de los servicios de teleodontología síncrona/asíncrona se consideran inclusivas en la gestión general del paciente y no son servicios que se paguen por separado.

Los servicios dentales específicos que se excluyen de la cobertura en virtud de este beneficio de servicios dentales de rutina para adultos se describen a continuación:

- Tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes de compensación de trabajadores o las leyes de responsabilidad de los empleadores; servicios recibidos sin costo de cualquier agencia federal, estatal o local, a menos que esta exclusión esté prohibida por ley.
- Cirugías o procedimientos cosméticos por razones puramente estéticas.
- Prótesis maxilofaciales.
- Restauraciones provisionales o temporales.
- Servicios para malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (después del nacimiento), que incluyen, entre otras, paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (falta congénita de dientes), excepto los servicios prestados a niños recién nacidos por defectos congénitos diagnosticados médicamente o anomalías congénitas.
- Tratamiento para estabilizar los dientes, tratamiento para restaurar la estructura dental perdida por el desgaste, la erosión o la abrasión, o tratamiento para reconstruir o conservar las superficies de mordida debido a la desalineación u oclusión de los dientes. Algunos ejemplos incluyen equilibrado, ferulización periodontal, ajustes oclusales completos, protectores nocturnos/oclusales y abfracción.
- Cualquier procedimiento individual provisto antes de la fecha en la que el Miembro se volvió elegible para recibir servicios conforme a este Plan.
- Medicamentos recetados, medicamentos, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales/de investigación.
- Cargos por anestesia, que no correspondan a la anestesia general y sedación IV administrada por un Proveedor en relación con una cirugía oral cubierta o con determinados procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales.
- Injertos extraorales (injerto de tejidos desde el exterior de la boca hasta los tejidos bucales).
- Implantes provisionales.
- Incrustaciones intercuspidas/ cuspidas parciales con resina fabricadas indirectamente.
- Cargos de cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y cualquier tarifa adicional cobrada por el Proveedor por el tratamiento en dicho centro.
- Tratamiento brindado por alguien que no sea un Proveedor Participante o una persona que, por ley, pueda trabajar bajo la supervisión directa de un Proveedor.
- Los cargos incurridos por instrucción de higiene bucal, un programa de control de la placa, programas de control preventivo que incluyen horarios de atención domiciliaria, instrucción sobre alimentación, duplicación de

- imágenes, pruebas de detección del cáncer, asesoramiento sobre el tabaco o citas rotas no son procedimientos que se deben pagar por separado.
- Servicios administrativos de práctica dental que incluyen, entre otros, preparación de reclamaciones, cualquier fase de la odontología que no implique tratamiento, como la provisión de un entorno antiséptico, la esterilización de equipos o el control de infecciones, o cualquier material auxiliar utilizado durante la prestación de los tratamientos de rutina, como hisopos de algodón, gasas, baberos, mascarillas o técnicas de relajación, como la música.
 - Procedimientos con pronóstico cuestionable, según la revisión profesional de un consultor dental de la documentación presentada.
 - Cualquier impuesto gravado (o incurrido) por un gobierno, estado u otra entidad, en relación con cualquier tarifa cobrada por los beneficios provistos en virtud de la póliza, será responsabilidad del Miembro y no será un beneficio cubierto.
 - Deducibles, montos que excedan los máximos del Plan o cualquier Servicio No Cubierto por el beneficio dental.
 - Servicios Cubiertos en virtud del beneficio dental que exceden las limitaciones de beneficios o que no concuerdan con las políticas de procesamiento vigentes al momento de procesar la reclamación.
 - Colocación inicial de cualquier aparato de prostodoncia o implante, a menos que dicha colocación sea necesaria para reemplazar uno (1) o más dientes naturales y permanentes extraídos mientras el Miembro tenía cobertura en virtud del Acuerdo o de cualquier Plan de atención dental de Molina. La extracción de un tercer molar (muela del juicio) no calificará con lo anterior. Cualquier dentadura postiza o puente fijo debe incluir el reemplazo del diente o dientes extraídos.
 - Servicios de tratamiento de ortodoncia (tratamiento de maloclusión de dientes o maxilares), incluidos servicios relacionados con la ortodoncia, como imágenes cefalométricas, imágenes fotográficas bucales/faciales y moldes diagnósticos, acceso quirúrgico de un diente no erupcionado, colocación de dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado y reposicionamiento quirúrgico de dientes.
 - Servicios para cualquier alteración de las articulaciones temporomandibulares (TMJ) o de la musculatura, los nervios y otros tejidos asociados.
 - Implantes endodónticos endoóseos.
 - Servicios o suministros para selladores, fluoruro, mantenedores de espacio, apexificación y fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal.
 - Citas perdidas o canceladas.
 - Las acciones tomadas para programar y asegurar el cumplimiento de las citas con los pacientes son inclusivas con las operaciones del consultorio y no son un servicio pagadero por separado.
 - Los honorarios por la coordinación de la atención se consideran inclusivos en el manejo general del paciente y no son un servicio pagadero por separado.
 - Entrevista motivacional de administración de casos dentales y educación del paciente para mejorar los conocimientos básicos de la salud oral.

- Procedimiento de diagnóstico no ionizante capaz de cuantificar, monitorear y registrar los cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento.
- Extraoral: imagen radiográfica en proyección 2D e imagen radiográfica dental posterior extraoral.
- Solo captura de imágenes de haz cónico.
- Pruebas de diabetes.
- Corticotomía (procedimiento de cirugía oral especializada asociado a la ortodoncia).
- Pruebas de antígenos o anticuerpos.
- Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos en la salud oral, conductual y sistémica asociados con el uso de sustancias de alto riesgo.
- Servicios o suministros para la apnea del sueño.

Centro de Enfermería Especializada: Molina cubre 60 días por año del Plan en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, en inglés) para un Miembro si el SNF es un Proveedor Participante y los servicios cuentan con una 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 Medicamento Necesario del trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados y ambulatorios. La cobertura para pacientes internados, en un Hospital que es un Proveedor Participante, solo está cubierta para el tratamiento médico de los síntomas de abstinencia. Molina puede requerir autorización para la cobertura de servicios, incluidos servicios para pacientes internados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. Molina cubre la siguiente atención ambulatoria para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias:

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

La atención ambulatoria para el tratamiento del Trastorno por consumo de Sustancias no incluye el tratamiento o el asesoramiento para cualquiera de los siguientes asuntos: profesión, matrimonio, divorcio, padres, trabajo, tratamientos o pruebas relacionados con el trastorno del espectro autista, los trastornos del aprendizaje o la discapacidad intelectual.

Los Servicios para Pacientes Hospitalizados por Trastorno por Uso de Sustancias excluyen los gastos por la atención prolongada y el tratamiento de la Dependencia de

Sustancias en un centro de tratamiento especializado para pacientes hospitalizados o residenciales o confinamientos para pacientes hospitalizados que están destinados principalmente como un cambio de entorno.

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

Los servicios quirúrgicos para pacientes internados incluyen lo siguiente:

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

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

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

Consulte el Plan de Beneficios a fin de conocer los servicios de atención médica ambulatoria o los servicios hospitalarios para pacientes internados a fin de determinar los Costos Compartidos aplicables del Miembro.

Servicios para el Trastorno de la Articulación Temporomandibular (TMJ, en inglés): Molina cubre los servicios para el tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- La afección se debe a una deformidad, enfermedad o lesión congénita, de 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. El pago de férulas para el tratamiento de la disfunción de la ATM se limita a una férula en un período de seis meses, a menos que sea médicamente necesario un reemplazo más frecuente.

Servicios de Trasplante: 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 los 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.

Servicios de Atención de Urgencia: los Servicios de Atención de Urgencia están sujetos a los Costos Compartidos en el Plan de Beneficios. Los Miembros deben obtener los Servicios de Atención de Urgencia de un Proveedor Participante. Los Servicios de Atención de Urgencia son aquellos servicios necesarios para prevenir el deterioro grave de la salud debido a una afección o lesión médica imprevista. Para Servicios de Atención de Urgencia o fuera del horario de atención, los Miembros deben llamar a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermería. Los Miembros que se encuentran dentro del Área de Servicio pueden preguntarle a su PCP qué centro de Atención de Urgencia del Proveedor Participante deben utilizar. Es mejor averiguar el nombre del centro de Atención de Urgencia del Proveedor Participante con anticipación. Los Miembros que se encuentran fuera del área de servicio pueden ir a la sala de emergencias más cercana.

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

Servicios Pediátricos para la Vista: Molina cubre los siguientes servicios para la vista de los Miembros menores de 19 años:

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

Los dispositivos ópticos para la vista deficiente están cubiertos e incluyen servicios, entrenamiento e instrucción para la vista deficiente para maximizar la vista utilizable restante. La atención 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 para la Vista de Rutina para Adultos: Algunos planes ofrecen servicios para la vista de rutina para adultos. Consulte el Plan de Beneficios para saber si estos servicios están cubiertos en su Plan. Cuando están cubiertos, estos beneficios incluyen los siguientes servicios para la vista para Miembros de 19 años o más cuando son proporcionados por un Proveedor Participante:

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

La cirugía correctiva con láser no está cubierta.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Fármacos, Medicamentos y Equipo Médico Duradero: Molina cubre los medicamentos solicitados por Proveedores, aprobados por Molina y obtenidos por medio de farmacias de la red de Molina. Los medicamentos cubiertos incluyen medicamentos de venta libre (OTC, en inglés) y medicamentos recetados detallados en el Formulario. Además, Molina cubre medicamentos pedidos o entregados en un centro participante cuando se proporcionan en relación con un Servicio Cubierto. Es posible que se requiera una autorización previa para que se cubran ciertos medicamentos. Un Proveedor legalmente autorizado para escribir recetas médicas, también conocido como Recetador, puede solicitar una Autorización Previa en nombre de un Miembro. 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 farmacias de pedido por correo dentro de nuestra red. Es posible que los miembros deban surtir un medicamento en una farmacia especializada contratada si está sujeto a las restricciones de distribución de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, en inglés), si requiere manejo especial o coordinación de proveedores o si se requiere una educación especializada del paciente para garantizar un uso seguro y eficaz. Para encontrar farmacias de la red, visite MolinaMarketplace.com/FLFindCare. 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 los requisitos, limitaciones o restricciones de cobertura de los productos enumerados. El Formulario se encuentra disponible para los Miembros en MolinaMarketplace.com/FLFormulary2026. También se puede solicitar una copia impresa a pedido. 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 registrados nuevos en el mercado.

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

Es posible que el plan no cubra los medicamentos que no forman parte del Formulario. Para los Miembros, estos medicamentos pueden ser más costosos que los medicamentos similares que están en el Formulario si están cubiertos por una “excepción”, según se describe en la siguiente sección. Los miembros pueden pedir que se cubran medicamentos que están fuera del Formulario. Las solicitudes de cobertura de medicamentos que están fuera del Formulario se considerarán para un uso médicamente aceptado cuando no se puedan usar las opciones incluidas en el

Formulario y se cumplan otros requisitos de cobertura. En general, los medicamentos que se enumeran en el Formulario son medicamentos 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 están cubiertos 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 escalonada 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 al Formulario, la solicitud se puede considerar en circunstancias estándares o aceleradas.

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

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

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

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

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

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

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

Además, el Miembro, su representante o el recetador pueden solicitar que una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés) revise la decisión de la apelación interna 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 Plan de Beneficios, se pueden consultar los Costos Compartidos del Miembro para un suministro de un mes, sobre la base de estas categorías.

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

Categoría de medicamento	Descripción
Medicamentos preventivos	Medicamentos y servicios médicos preventivos y formas de dosificación reconocidos a nivel nacional, medicamentos y dispositivos de planificación familiar (es decir, anticoncepción) con Costos Compartidos de \$0; también otros medicamentos con Costos Compartidos de \$0 cuando corresponda.
Medicamentos genéricos preferidos	Medicamentos genéricos preferidos: menores Costos Compartidos.
Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos de marca preferidos; mayores Costos Compartidos que los medicamentos genéricos preferidos.
Medicamentos no preferidos	Medicamentos de marca registrada y genéricos no preferidos, mayores Costos Compartidos que los medicamentos de marca registrada y genéricos preferidos que se utilizan para tratar las mismas afecciones.
Medicamentos especializados	Medicamentos especializados (de marca y genéricos); medicamentos que requieren un manejo especial, asesoramiento o seguimiento complejo, distribución limitada u otros requisitos de farmacia especiales. Mayores Costos Compartidos que los medicamentos no especializados utilizados para tratar las mismas

afecciones, si están disponibles. Según las reglas estatales, Molina puede solicitar a los Miembros que utilicen una farmacia especializada de la red.

DME Equipo Médico Duradero (DME): se aplican Costos Compartidos; el Coseguro del DME determina los Costos Compartidos de algunos productos no farmacológicos incluidos en el Formulario.

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

Programa Obligatorio de Centro de Atención para Medicamentos Administrados por el Proveedor: Para los Medicamentos administrados por el Proveedor que requieren Autorización Previa, cuando se cumplen los criterios de cobertura del medicamento, se utiliza una política relativa al 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 la política del centro de atención, visite MolinaMarketplace.com.

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

Asistencia con los Costos Compartidos y los Gastos de Bolsillo para Medicamentos: la reducción de los Costos Compartidos 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 los Costos Compartidos de medicamentos recetados, no se aplicará a ningún Deducible ni al OOPM conforme al Plan, salvo disposición en contrario de la Ley Federal o Estatal.

Medicamentos, Suplementos y Productos de Venta Libre: Molina cubre medicamentos, suplementos y productos de venta libre de conformidad con las Leyes Federales y Estatales. Solo se pueden cubrir los medicamentos, suministros y suplementos de venta libre que aparecen en el Formulario.

Equipo Médico Duradero (DME, en inglés): 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 figuran en su Plan de Beneficios se aplican por período de compra o alquiler. Es posible que se requiera una autorización previa para la cobertura del DME. La cobertura puede estar bajo el beneficio médico o de farmacia, según el tipo de DME. Consulte el Formulario para conocer los DME y otros productos no farmacológicos cubiertos por el beneficio de farmacia. Visite MolinaMarketplace.com, o comuníquese con el Centro de 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.

Medicamentos Recetados para Dejar de Fumar: Molina cubre los medicamentos para ayudar a los Miembros a dejar de fumar, sin Costos Compartidos. Esto incluye medicamentos para dejar de fumar y productos de reemplazo de nicotina de venta libre, si se obtienen con receta médica. Los miembros deben consultar a su Proveedor para determinar qué medicamento es el más adecuado para ellos. Los medicamentos cubiertos se mencionan en el Formulario. Específicamente, Molina proporcionará cobertura para todos los servicios para dejar de fumar aprobados por la FDA recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, incluida la asesoría individual, grupal y telefónica, y cualquier combinación de dichos servicios. Para los servicios asociados con más de dos intentos de dejar de fumar dentro de un período de doce (12) meses, o un tratamiento que exceda la duración recomendada por las últimas guías publicadas de práctica clínica del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos sobre el tratamiento del consumo de tabaco, es posible que se requiera autorización previa.

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. En el Formulario se indica "CORREO" en los artículos que pueden estar cubiertos con un suministro para 3 meses a través de nuestra red de farmacias, un servicio de farmacia de pedido por correo contratado u otros programas del Plan. Las cantidades que superan los límites de suministro diario del Formulario no están cubiertas, con pocas excepciones.

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 prorrateo descrito se basará en la cantidad de días de suministro del medicamento dispensado.

Analgésicos con Opioides para el Dolor Crónico: es posible que se requiera una autorización previa para la cobertura de farmacia de medicamentos con opioides para tratar el dolor crónico. Sin una Autorización Previa, las reclamaciones por opioides tienen límites de seguridad, que incluye un suministro reducido por surtido y están sujetas a restricciones sobre los medicamentos opioides de larga duración y las dosis diarias totales combinadas. Estos requisitos no se aplican a los Miembros en las siguientes circunstancias: Los analgésicos con opioides se recetan a un Miembro que es paciente en un centro de cuidado paliativo, a un Miembro diagnosticado con una enfermedad terminal o 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 de quimioterapia que se obtengan en el consultorio del Proveedor estarán sujetos al costo compartido de los beneficios médicos, mientras que los que se obtengan en la farmacia estarán sujetos al costo compartido de los beneficios farmacéuticos. Consulte el Plan de Beneficios para conocer los Costos Compartidos aplicables. La mayoría de los nuevos medicamentos contra el cáncer 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 iniciados de medio mes a la vez hasta que los Miembros estén estables con el medicamento y la dosis.

Tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV): Molina cubre medicamentos recetados para el tratamiento de la infección por HIV o una enfermedad o condición médica que surja o esté relacionada con el HIV. Los medicamentos deben recetarse dentro del alcance de la práctica del Proveedor y los tiene que aprobar la 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. El costo compartido de los Miembros para ciertas categorías de medicamentos genéricos y de marca se limita a los costos compartidos establecidos por la categoría del formulario o al monto máximo establecido por las pautas de Florida Safe Harbor, lo que sea menor.

Disponibilidad de Suministro Extendido de Medicamentos del Formulario: Molina ofrece a los Miembros la opción de recargar hasta un suministro de 90 días en farmacias minoristas de la red, o mediante la opción de pedido por correo, de ciertos medicamentos en las categorías “Medicamentos Preventivos”, “Medicamentos Genéricos Preferidos”, “Medicamentos de Marca Preferidos”, “Medicamentos No Preferidos” y “Medicamentos Genéricos”. Los medicamentos elegibles están marcados

como “CORREO” en el Formulario. 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, visite MolinaMarketplace.com/FLFormulary2026 o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

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

- Medicamentos no aprobados o autorizados por la FDA para su uso en Estados Unidos.
- Medicamentos de venta libre fuera del Formulario.
- Medicamentos propuestos poco eficaces identificados por el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (DESI, en inglés).
- Terapia genética
- Medicamentos experimentales o en investigación.
 - Medicamentos para bajar de peso o para la diabetes cuando se usan fuera de lo indicado para perder peso en lugar de tratar la diabetes.
 - Cualquier medicamento que sería ilegal recetar según la Ley Estatal o federal, independientemente del estado en el que se receta o surte el medicamento.

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

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

EXCLUSIONES

Ciertos equipos y servicios están excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo. Estas exclusiones se aplican independientemente de si los servicios están dentro del alcance de la licencia de un Proveedor, excepto en el caso de que se indique expresamente lo contrario en esta Sección o cuando la Ley Estatal exija lo contrario. Esta no es una lista exhaustiva de los servicios que están excluidos de la cobertura de este plan. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina si tiene preguntas sobre las exclusiones. Molina no cubre ningún servicio que no esté identificado e incluido en la sección “Servicios Cubiertos” de este Acuerdo. El Miembro será totalmente responsable del pago de cualquier servicio que no esté cubierto.

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

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

Cirugía Bariátrica: No se cubre la cirugía bariátrica para la pérdida de peso. Tampoco se cubren las complicaciones que se producen como resultado directo del procedimiento bariátrico, que no habrían ocurrido en ausencia de dicho procedimiento y que requieren una internación del paciente o una extensión de la internación, según lo determine Molina. Esta exclusión se aplica cuando la cirugía bariátrica no es un Servicio cubierto en virtud de este producto o cualquier Plan anterior de Molina. Además, esta exclusión se aplica si la cirugía se realizó mientras el Miembro estaba cubierto por una aseguradora anterior o un producto autofinanciado, antes de la cobertura bajo este Acuerdo.

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

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

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

Orden Judicial de Atención que no es Medicamento Necesaria: Servicios que son ordenados por la corte pero que no son Medicamento Necesarios, a menos que lo exija la Ley Estatal.

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

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.

Dietista: El servicio de un dietista no es un beneficio cubierto. Esta exclusión no se aplica a los servicios de cuidados paliativos.

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

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

Servicios Experimentales o de Investigación: Molina no cubre los Servicios Experimentales o de Investigación; sin embargo, esta exclusión no se aplica a los Servicios cubiertos en la sección Ensayos Clínicos Aprobados.

Terapia Genética, Terapia Celular y Terapia Genética Basada en Células: La terapia genética, la terapia celular (incluida la terapia con células madre) y la terapia genética basada en células, incluidos los medicamentos recetados, los procedimientos o los servicios de atención médica relacionados con estas terapias, no están cubiertos. La cobertura de otros servicios de atención médica relacionados con una afección (para la cual estos tipos de tratamientos están disponibles) se realiza de acuerdo con este Acuerdo y las limitaciones indicadas en la política médica aplicable. Como tal, ciertos servicios pueden estar sujetos 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.

Encarcelamiento: Molina no cubrirá los servicios para los miembros cuando se presten mientras el miembro está encarcelado, a menos que una orden judicial requiera específicamente cobertura.

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 (IVF, en inglés) y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, en inglés).

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

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

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

Turismo Médico: Molina no cubrirá ningún gasto relacionado con el turismo médico. El turismo por motivos médicos hace referencia a los viajes fuera de los Estados Unidos para recibir atención médica. Esto incluye, entre otros, procedimientos electivos, cirugías, tratamientos y cualquier atención de seguimiento relacionada con los servicios recibidos fuera del país. Los Miembros que decidan buscar atención médica fuera de los Estados Unidos serán totalmente responsables de todos los costos incurridos.

Servicios de no emergencia obtenidos en una sala de emergencias: Por lo general, y excepto se estipule de algún otro modo en este Acuerdo, 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, las fórmulas especializadas, los suplementos, los suplementos herbarios, las ayudas para la pérdida de peso, las fórmulas y los alimentos.

Servicios del pagador principal: El pagador principal debe pagar primero cualquier servicio para el que exista otra cobertura que tenga prioridad sobre Molina antes de

que se pueda considerar la cobertura en virtud de este Acuerdo. Consulte la sección Coordinación de Beneficios para obtener información adicional.

Servicio de enfermería privado: habitualmente, no se cubren los servicios de enfermería proporcionados a un 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.

Consulta entre Proveedores: Molina no cubre consultas interprofesionales entre proveedores sin la presencia del miembro.

Costos Incurridos por el Proveedor: Molina no cubrirá ningún gasto, tarifa, impuesto ni recargo impuesto al Miembro por ningún Proveedor o Centro que deba pagar el Proveedor o Centro.

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 cuidado de relevo para pacientes internados cubiertos, de acuerdo con la sección “Atención médica para pacientes terminales”.
- Un centro con licencia que brinda servicios residenciales para casos de crisis cubiertos en la sección “Servicios de Salud Mental (para pacientes internados y ambulatorios)”.
- Un centro con licencia que proporciona servicios de recuperación residencial transicional cubiertos en la sección “Trastornos por Consumo de Sustancias (para 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 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 Reclamaciones y Apelaciones para obtener información sobre solicitudes denegadas de servicios experimentales o de investigación.

Servicios Prestados fuera del Área de Servicio: excepto como se indica en este Acuerdo, no se cubren los servicios y suministros proporcionados a un Miembro fuera del Área de Servicio, lugar al que el Miembro viajó con el fin de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos. Además, tampoco se cubre la atención médica de rutina, la atención médica preventiva, la atención médica primaria, la atención especializada 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 fuera del territorio de los Estados Unidos de América: salvo que se disponga lo contrario en este Acuerdo, los servicios (tanto de emergencia como de no emergencia), suministros o medicamentos recetados recibidos fuera de los Estados Unidos no están cubiertos.

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

Servicios relacionados con un Servicio No Cubierto: Cuando un servicio no está cubierto, todos los servicios relacionados con ese servicio tampoco están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a los servicios que Molina cubriría de otra manera para tratar las complicaciones del Servicio No Cubierto. Molina cubre todos los servicios médicos básicos Medicamento Necesarios para las complicaciones de un servicio no cubierto, excepto se estipule de algún otro modo en este Acuerdo. 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.

Servicios Prestados por la Familia Inmediata: Cualquier servicio prestado por un miembro inmediato de la familia del Miembro.

Servicios sin Costo para el Miembro: Cualquier servicio, suministro o equipo que se proporcionaría sin costo al Miembro si Molina no cubriera el cargo.

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.

Subrogación: los servicios para cualquier persona en relación con un acuerdo de subrogación no están cubiertos, excepto los Servicios Cubiertos proporcionados a una Miembro que sea una madre sustituta. Un acuerdo de subrogación es uno en el que una mujer (gestante por subrogación) 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 proveedores deben presentar de inmediato ante Molina las reclamaciones por Servicios Cubiertos prestados a los Miembros. Todas las reclamaciones deben presentarse en un formulario aprobado por Molina y deben incluir la historia clínica completa relacionada con la reclamación, si lo solicita Molina o, de otro modo, según lo requieran las políticas y los procedimientos de Molina. El Miembro o el Proveedor debe presentar las reclamaciones a Molina dentro de los 6 meses posteriores a que haya ocurrido lo siguiente:

- Alta por servicios para pacientes internados o la fecha del servicio para pacientes ambulatorios.
- Se le ha proporcionado al Proveedor 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 las reclamaciones a Molina dentro de los 90 días calendario posteriores a la determinación final del pagador principal. Salvo que la Ley Estatal disponga lo contrario, las reclamaciones que no sean presentadas 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 las reclamaciones se hará a los Proveedores Participantes de acuerdo con las disposiciones de cronología establecidas en el contrato del proveedor, las Leyes Estatales y Federales. A menos que el Proveedor y Molina hayan acordado por escrito un cronograma de pago alternativo, generalmente Molina pagará al Proveedor el servicio dentro de los 45 días calendario posteriores a la recepción de una reclamación presentada con toda la documentación médica relevante y que cumpla con las pautas y requisitos de facturación de Molina.

Reembolso al Miembro: con la excepción de cualquier monto de Costos Compartidos 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 reclamación 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 primera página de este Acuerdo. El miembro tendrá que enviar a Molina una copia de la factura del proveedor o el centro por los Servicios Cubiertos, así como también una copia del recibo. También debe incluir el nombre y el número de póliza del Miembro para el que presenta la reclamación.

Para los medicamentos recetados cubiertos, los miembros deben completar un formulario de reembolso que se encuentra en la sección de Formularios de MolinaMarketplace.com. Los miembros deben incluir una copia de la etiqueta de la receta y del recibo de la farmacia al enviar el formulario de solicitud a la dirección indicada en el formulario. Después de que se reciba la solicitud de reembolso del Miembro, se procesará como una reclamación en virtud de su cobertura. El miembro

recibirá una respuesta en un plazo de 30 días calendario. Si se acepta la reclamación, se enviará por correo un cheque de reembolso al Miembro. En cambio, si se deniega la reclamación, el Miembro recibirá una carta en la que explicará el motivo de dicha denegación. Si el Miembro no está de acuerdo con la denegación, puede presentar una apelación como se describe en este Acuerdo.

Pago de Facturas: Los Miembros deben consultar el Plan de Beneficios para conocer sus responsabilidades de Costos Compartidos 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 servicios de Emergencia, el Miembro solicita y obtiene servicios de atención médica de un Proveedor o centro que es un Proveedor No Participante sin obtener la aprobación previa de Molina.

Si Molina no paga a un Proveedor Participante por proporcionar Servicios Cubiertos, el miembro no es responsable de pagar al Proveedor Participante ningún monto que Molina adeude. Esto no es válido para los proveedores no participantes.

AVISOS LEGALES

Responsabilidad de Terceros: Molina tiene derecho a reembolsos por los Servicios Cubiertos prestados a un miembro bajo este plan para tratar una lesión o enfermedad causada por el acto ilícito, la omisión o la negligencia de un tercero, si un miembro recibió una compensación por la lesión o enfermedad de parte del tercero, o de sus representantes. Molina tendrá derecho al pago, el reembolso y la subrogación (recuperación de beneficios pagados cuando un plan médico adicional proporciona cobertura) en resarcimientos de terceros, y el Miembro deberá cooperar para ayudar íntegra y completamente en la protección de los derechos de Molina, incluida la notificación rápida de un caso que implique un posible resarcimiento de un tercero. Los Miembros deben reembolsar a Molina el costo razonable de los servicios pagados por Molina, en la medida en que lo permita la Ley Estatal, inmediatamente después de cobrar la compensación por los daños, ya sea por acción, ley, Acuerdo u otros. También deben cooperar plenamente con el ejercicio de los derechos de retención de Molina por el valor razonable de los servicios prestados por Molina, en la medida en que lo permita la Ley Estatal. El gravamen de Molina puede presentarse ante la persona cuyas acciones o accionar equivocado causaron las lesiones, su agente o el tribunal.

Un tercero incluye, entre otros, una persona física, una entidad u organización comercial, una agencia o programa gubernamental y una compañía de seguros.

Indemnización de trabajadores: 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 de los trabajadores, cuando se pueda 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 de los Trabajadores, en cuanto a la capacidad del Miembro para cobrar conforme a las leyes de indemnización de los trabajadores, Molina proveerá los beneficios descritos en este Acuerdo hasta la resolución de la disputa. Si Molina proporciona beneficios que duplican los beneficios a los que el Miembro tiene derecho bajo la ley de indemnización de los trabajadores, Molina tendrá derecho a un reembolso por el costo razonable de tales beneficios.

Cambios en las Primas y los Costos Compartidos: Cualquier cambio en este acuerdo, incluidos, entre otros, los cambios en los montos de las Primas, los Servicios Cubiertos, el Deducible, el Copago, el Coseguro y el OOPM, entrará en vigor 60 días después del aviso enviado a la dirección del suscriptor que Molina tiene registrada.

Actos Más Allá 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 ilegalmente en la contratación de personal ni en la prestación de Servicios Cubiertos en base a una condición de salud preexistente, color, credo, edad, origen nacional, identificación con un grupo étnico, religión, impedimento, discapacidad, sexo o información genética.

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

Sin Asignación: Un Miembro, un representante legal o una persona que actúe en nombre del Miembro no pueden asignar este Acuerdo ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos por dinero debido, beneficios, reclamos u obligaciones que se establecen en el presente documento. Lo anterior no impedirá que un Miembro autorice a Molina, por escrito, el pago directo de ciertos beneficios pagaderos a un Proveedor por un proveedor de servicios cubiertos en virtud del Acuerdo.

Sin Terceros Beneficiarios: Este Acuerdo no crea ni tiene el propósito de crear o conceder derechos a favor de ningún tercero, incluidos los Proveedores. Este Acuerdo no se interpretará de modo tal que cree ningún derecho de terceros beneficiarios.

Ley vigente: excepto que lo impida la ley federal, este Acuerdo se regirá de acuerdo con la Ley Estatal, y cualquier disposición que deba figurar en este Acuerdo en virtud de la Ley Estatal o federal será vinculante para Molina y para los Miembros, ya sea que se establezca o no en este Acuerdo.

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

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

Límite de Tiempo para Ciertas Defensas: En relación con un error de declaración en la solicitud, después de 2 años de la fecha de emisión, solo se pueden utilizar declaraciones fraudulentas en la solicitud para anular la póliza o denegar cualquier reclamación por pérdida incurrida o incapacidad a partir del período de 2 años. Ninguna

reclamación por pérdida sufrida o discapacidad, a partir de los 2 años luego de la fecha de emisión de este Acuerdo, se reducirá o denegará sobre la base de que una enfermedad o condición física no excluida de la cobertura por nombre o descripción específica vigente en la fecha de la pérdida haya existido antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de este Acuerdo.

Límite de Tiempo para Acciones Legales: Si el Miembro desea iniciar acciones legales, debe hacerlo en el plazo de un año desde la fecha en la que Molina notificó al Miembro la determinación final de cualquier queja formal o apelación.

Bienestar y Otros Beneficios del Programa: este Acuerdo incluye el acceso a un programa de bienestar 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 proporcionados por Proveedores Participantes. Las recompensas y los beneficios del programa disponibles para usted pueden incluir créditos de primas u otros beneficios, como tarjetas regalo.

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

ARBITRAJE VINCULANTE

ACUERDO PARA RESOLVER TODAS LAS DISPUTAS, EXCEPTO LA NEGLIGENCIA MÉDICA, MEDIANTE ARBITRAJE VINCULANTE

*****Información importante sobre sus Derechos*****

Si el Miembro y Molina están de acuerdo en arbitrar cualquiera y todas las disputas de cualquier tipo, incluidas, entre otras, las reclamaciones relacionadas con la cobertura y prestación de servicios en virtud de este producto (excepto para reclamaciones por negligencia médica que serían gobernados por el Capítulo 766 del Estatuto de Florida [“F.S.”] y que están expresamente excluides) entre el Miembro (incluido cualquier heredero, sucesor o asignado del Miembro) y Molina, o cualquier empresa matriz, subsidiaria, filial, sucesor o asignado puede someterse a arbitraje vinculante de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables, incluida la Ley Federal de Arbitraje 9 U.S.C. Secciones 1-16, Ley Federal de Arbitraje Florida, Capítulo 682 F.S. et seq., y la Ley de Atención Médica Asequible. Cualquier disputa de este tipo no será resuelta por una demanda o proceso judicial, ni estará sujeta a apelación, excepto según lo dispuesto por la ley aplicable. El arbitraje no impedirá la revisión conforme a la Norma 69O-191.081 del Código Administrativo de Florida. Cualquier arbitraje bajo esta disposición se llevará a cabo de manera individual; no se permiten arbitrajes de clase ni acciones de clase.

El Miembro y Molina reconocen que, al acordar el arbitraje, renunciarán al derecho de juicio por jurado o a participar en una acción de clase. A través de un arbitraje vinculante, el Miembro y Molina renunciarán a sus derechos constitucionales para que cualquier disputa de este tipo se decida ante un jurado en un tribunal de justicia. Si el Miembro acepta someter una disputa a arbitraje vinculante, el Miembro acepta lo siguiente:

- El arbitraje final y vinculante se llevará a cabo de acuerdo con las Reglas de Arbitraje Comercial y Procedimientos de Mediación de la Asociación Americana de Arbitraje (American Arbitration Association, AAA), y la administración del arbitraje será realizada por la AAA o cualquier otro servicio de arbitraje que las partes acuerden por escrito. La sentencia sobre el laudo dictado por el árbitro puede ser interpuesta en cualquier tribunal que tenga jurisdicción.
- Las partes se esforzarán por acordar mutuamente el nombramiento del árbitro, pero si no se puede llegar a dicho acuerdo dentro de los 30 días a partir de la fecha de la demanda de arbitraje, se utilizarán los procedimientos de

nombramiento del árbitro en las Reglas de Arbitraje Comercial y Procedimientos de Mediación de la AAA. El árbitro celebrará una audiencia dentro de un plazo razonable a partir de la fecha de aviso de la selección del árbitro neutral.

- Las audiencias de arbitraje se llevarán a cabo en el Condado en el cual el Miembro vive o en cualquier otro lugar que las partes acuerden por escrito. El descubrimiento civil puede ser tomado en tal arbitraje de acuerdo con la Ley de Arbitraje de Florida. El árbitro seleccionado tendrá la facultad para controlar el momento, el alcance y la manera de tomar el descubrimiento y tendrá además las mismas facultades para hacer cumplir los deberes respectivos de las partes con respecto al descubrimiento, como lo haría un tribunal de derecho del estado de Florida, que incluye, pero no se limita a, la imposición de sanciones. El árbitro tendrá la facultad de otorgar todos los recursos de acuerdo con la ley aplicable, y sujeto a cualquier limitación de esta.
- El árbitro preparará por escrito un laudo que indique la parte o las partes ganadoras, el monto y otros términos pertinentes del laudo, y que incluya las razones legales y fácticas de la decisión. El hecho de proceder a un arbitraje vinculante no impedirá que una parte solicite una orden de restricción temporal o un mandamiento judicial preliminar u otros recursos provisionales a un tribunal con jurisdicción; sin embargo, cualquier otra demanda o causa de acción, que incluye, pero no se limita, a aquellas que buscan una compensación por daños, estará sujeta a arbitraje vinculante como se estipula en el presente documento.
- Las partes dividirán por igual los costos y gastos de la AAA y del árbitro. En casos de condiciones adversas extremas, Molina puede asumir todo o parte del monto que le corresponde al Miembro por los honorarios y gastos de la AAA y del árbitro, siempre que el Miembro presente una solicitud de condición adversa a la AAA. La solicitud de condición adversa debe presentarse de manera adecuada y con la información y la documentación que requiera la AAA. La AAA (y no el árbitro asignado para escuchar el caso) determinará si se debe conceder la solicitud de condición adversa del Miembro.
- El Miembro reconoce que se le proporcionará atención, diagnóstico y tratamiento independientemente de si el Miembro acepta o no un arbitraje vinculante.
-

AL PROCEDER CON EL ARBITRAJE, TODAS LAS PARTES RENUNCIARÁN A SU DERECHO CONSTITUCIONAL A QUE LAS DISPUTAS ENTRE ELLAS SE RESUELVAN ANTE UN JURADO Y, EN CAMBIO, ACEPTAN EL USO DE ARBITRAJE VINCULANTE.

RECLAMACIONES Y APELACIONES

RECLAMACIONES: Si un Miembro tiene algún problema con cualquiera de los servicios de Molina, Molina desea ayudarle a encontrar una solución. Los Miembros pueden llamar al Centro de Apoyo de Molina al número de teléfono gratuito que se muestra en la página de Bienvenida de este Acuerdo.

Los Miembros también pueden enviar un problema o una reclamación por escrito, junto con cualquier material de respaldo, por correo o fax a la siguiente dirección:

Molina Healthcare of Florida
Appeal and Grievance Unit
P.O Box 36030
Louisville, KY 40233-6030
Fax: 1-877-508-5748
MFLGrievanceandAppealsDepartment@MolinaHealthCare.Com
MolinaMarketplace.com

Los Miembros también pueden comunicarse con el Departamento de Servicios Financieros de Florida a:

Florida Department of Financial Services
Division of Consumer Services
200 E. Gaines Street
Tallahassee, FL 32399-0322
Número Gratuito: 1 (877) 693-5236
TTY: 711

QUEJAS FORMALES: Una queja formal es una queja por escrito presentada por un Miembro o en nombre de un Miembro a Molina o una agencia estatal con respecto a:

- Disponibilidad, cobertura para la prestación o calidad de los servicios de atención médica.
- Pago, manejo o reembolso de las reclamaciones por servicios de atención médica.
- Asuntos relativos a la relación contractual entre el Miembro y Molina.

Molina proporcionará el procedimiento de quejas formales a pedido con el propósito de resolver las quejas formales y las reclamaciones. Los Miembros deben presentar una queja formal dentro de un año después de la fecha en que ocurrió la acción que inició la queja formal.

APELACIONES

Definiciones

Los términos en mayúsculas utilizados en esta sección de apelaciones tienen las siguientes definiciones.

“Determinación de Beneficios Adversa” significa:

- La denegación de una solicitud de servicio o la imposibilidad de proporcionar o realizar el pago en su totalidad o en parte para un beneficio.
- Cualquier reducción o terminación de un beneficio, o cualquier otra determinación de cobertura que una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua u otro servicio de atención médica no cumpla con los requisitos de Molina para la Necesidad Médica, idoneidad, establecimiento de atención médica, o nivel de atención o efectividad.
- Basado en su totalidad o en parte en el juicio médico, incluye la falta de cobertura de los servicios porque se determina que son experimentales, en investigación, cosméticos, no Médicamente Necesarios o inadecuados.
- Una decisión de Molina de negar la cobertura basada en una determinación inicial de elegibilidad.

Una Determinación Adversa de Beneficios también incluye una cancelación de la cobertura y la aplicabilidad de las protecciones de Facturación Sorpresiva Estatal o Federal, así como cualquier otra cancelación o interrupción de la cobertura que tenga un efecto retroactivo, excepto cuando dicha cancelación o interrupción se debe a la falta de pago oportuno de las Primas o contribuciones requeridas para el costo de la cobertura.

La denegación de pago por servicios o cargos (en su totalidad o en parte) de conformidad con los contratos de Molina con proveedores de la red, en los que los Miembros no son responsables de tales servicios o cargos, no son Determinaciones Adversas de Beneficios.

“Representante Autorizado” significa una persona autorizada por escrito por una Ley Estatal o el Miembro para actuar en su nombre al solicitar un servicio de atención médica, obtener el pago de una reclamación o durante el proceso de apelación interna. Un proveedor de atención médica puede actuar en nombre de un Miembro sin su consentimiento expreso cuando se trata de un Servicios de Atención de Urgencia.

“DFS” significa el Departamento de Servicios Financieros de Florida (Florida Department of Financial Services).

“Determinación Final de Beneficios Adversa” significa una Determinación de Beneficios Adversa es la que se confirma después del proceso de apelación interna.

“Reclamación Posterior al Servicio” significa que se ha determinado una Determinación Adversa de un Beneficio para un servicio que ya se ha prestado.

“Reclamación Previa al Servicio” significa que se ha emitido una Determinación Adversa de un Beneficio y no se ha proporcionado el servicio solicitado.

“Reclamación por Servicios de Atención de Urgencia” significa que se emitió una Determinación Adversa de Beneficios y no se ha proporcionado el servicio solicitado, cuando la aplicación de los plazos de apelación de atención médica no urgente:

- Podría poner en grave riesgo la vida o la salud del Miembro o de su hijo por nacer.

- En opinión del médico tratante, le sometería al Miembro a un dolor grave que no se puede controlar adecuadamente sin el cuidado o tratamiento que es el objeto de la reclamación.

Apelación Interna

un Miembro o un Representante Autorizado del Miembro o un Proveedor o centro de tratamiento pueden presentar una apelación de una Determinación Adversa de Beneficios. Molina proporcionará al miembro los formularios necesarios para iniciar una apelación.

El Miembro puede solicitar estos formularios comunicándose con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina al número de teléfono gratuito que aparece en la página principal de este Acuerdo. Si bien el Miembro no está obligado a utilizar el formulario preimpreso de Molina, Molina recomienda encarecidamente que se presente una apelación en dicho formulario para facilitar el registro, la identificación, el procesamiento y el seguimiento de la apelación a través del proceso de revisión.

Si el Miembro necesita ayuda para preparar la apelación, o para presentar una apelación verbalmente, puede ponerse en contacto con Molina para obtener dicha ayuda en:

Molina Healthcare of Florida
Appeal and Grievance Unit
P.O Box 36030
Louisville, KY 40233-6030
Fax: 1-877-508-5748
MFLGrievanceandAppealsDepartment@MolinaHealthCare.Com
MolinaMarketplace.com

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 cinco días hábiles posteriores a la recepción de una apelación, Molina enviará al Miembro o a su Representante Autorizado una carta acusando recibo de la apelación.

La apelación será revisada por personal que no participó en la Determinación Adversa de Beneficios. Incluirá los aportes de profesionales de la salud en la misma especialidad o similar que normalmente maneja el tipo de servicio médico que se está revisando.

PLAZO PARA RESPONDER A LA APELACIÓN	
TIPOS DE SOLICITUDES	PLAZO PARA LA DECISIÓN
Servicios de Atención de Urgencia	Dentro de las 72 horas
Autorización previa al servicio	Dentro de los 30 días

Servicio Concurrente (solicitud de prórroga o decisión de reducir el curso de un tratamiento previamente aprobado)	Dentro de las 72 horas para Servicios de Atención de Urgencia y 30 días para Otros Servicios
Reclamación Posterior al Servicio	Dentro de los 60 días

La cobertura del Miembro permanecerá en efecto hasta que se produzca el resultado de una apelación interna.

Apelación Externa

Una vez que los Miembros hayan agotado los derechos de apelación interna proporcionados por Molina, tienen derecho a solicitar una revisión externa e independiente de una Determinación Adversa de Beneficios. El Miembro o su Representante Autorizado pueden presentar una solicitud por escrito para una revisión externa.

El aviso de Determinación Adversa de Beneficios y Determinación Adversa de Beneficios Final describe el proceso que se debe seguir si el Miembro desea buscar una apelación externa.

Los Miembros deben solicitar una revisión externa dentro de los 4 meses de la fecha del aviso de Determinación de Beneficios Adversa o de la Determinación Final de Beneficios Adversa.

Los Miembros pueden solicitar una apelación externa por fax al 1 (888) 866-6190, en línea en externalappeal.cms.gov o por correo postal a la siguiente dirección:

MAXIMUS Federal Services
State Appeals East
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534

Si un Miembro tiene alguna pregunta o inquietud durante el proceso de apelación externa, el Miembro o su Representante Autorizado pueden llamar al número de teléfono gratuito 1 (888) 866-6205. El Miembro o su Representante Autorizado pueden enviar comentarios adicionales por escrito al revisor externo a la dirección postal anterior.

Si se presenta información adicional, se compartirá con Molina para darle la oportunidad de reconsiderar la denegación.

Solicitud de apelación externa acelerada

El Miembro o su Representante Autorizado pueden hacer una solicitud oral o escrita para una apelación externa acelerada con el revisor externo cuando el Miembro recibe:

- Una Determinación Adversa de Beneficios si la Determinación Adversa de Beneficios implica una condición médica para la cual el plazo de finalización de una apelación de un Servicio de Atención de Urgencia pondría seriamente en

peligro la vida o la salud del Miembro, o pondría en peligro la capacidad para recuperar la función máxima y el Miembro ha presentado una solicitud para una revisión de un Servicio de Atención de Urgencia.

- Una Determinación Adversa de Beneficios Final, si el Miembro tiene una condición médica en la que el plazo de finalización de una revisión externa estándar pondría en grave peligro la vida o la salud del Miembro, o pondría en peligro su capacidad para recuperar por completo la función, o si la Determinación Adversa de Beneficios Final interna se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, estancia continua o un artículo o servicio de atención médica para el cual el demandante recibió servicios, pero no ha sido dado de alta de un centro.
- Una Determinación Adversa de Beneficios que se relaciona con el tratamiento experimental o de investigación, si el médico tratante certificara que el servicio, suministro o tratamiento de atención médica recomendado o solicitado sería significativamente menos efectivo si no se inicia de inmediato.

En situaciones de apelación externa acelerada, las solicitudes de revisión acelerada se pueden iniciar llamando a MAXIMUS Federal Services al número de teléfono gratuito 1 (888) 866-6205, o enviando la solicitud por fax al 1 (888) 866-6190, o enviando la solicitud por correo a:

MAXIMUS Federal Services
State Appeals East
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534

Además, a petición del Miembro, Molina puede enviarle copias de la provisión de beneficios reales y le proporcionará una copia sin cargo alguno del beneficio real, las pautas clínicas o los criterios clínicos utilizados para determinar la situación al recibir la solicitud del Miembro. Se puede realizar una solicitud llamando al Coordinador de Reclamaciones y Apelaciones de Molina.

Agotamiento del Proceso

Los procedimientos anteriores serán obligatorios y deben agotarse antes de iniciar un litigio o arbitraje contra Molina.

Información y Normas Generales

Las reglas generales relativas al Proceso de Reclamaciones y Apelaciones de Molina incluyen las siguientes:

- El Miembro debe cooperar plenamente con Molina en nuestro esfuerzo por revisar y resolver rápidamente una reclamación 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 reclamación o apelación dentro de los plazos establecidos anteriormente.
- Molina le ofrecerá hablar con el miembro por teléfono. Se harán los acuerdos apropiados para permitir que se lleven a cabo conferencias telefónicas en las

oficinas administrativas de Molina. Molina hará estos arreglos telefónicos sin cargo adicional para el Miembro.

- Durante el proceso de revisión, los servicios en cuestión se examinarán sin tener en cuenta la decisión a que se llegó en la determinación inicial.
- Molina le proveerá al Miembro evidencia informativa nueva o adicional que considere, se base o genere en relación con una apelación que no estaba disponible cuando Molina realizó 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.

Números de Teléfono y Direcciones

Los Miembros pueden comunicarse con un Coordinador de Reclamaciones y Apelaciones de Molina al número que aparece en la carta de reconocimiento o en el aviso de Determinación Adversa de Beneficios o en la Determinación Adversa de Beneficios Final. A continuación, se muestra una lista de números de teléfono y direcciones para reclamaciones y apelaciones.

Department of Financial Services
Division of Consumer Services
200 E. Gaines Street
Tallahassee, FL 32399-0322
Número Gratuito: 1 (877) 693-5236
TTY: 711

Molina Healthcare of Florida
Appeal and Grievance Unit
P.O Box 36030
Louisville, KY 40233-6030
Fax: 1-877-508-5748
MFLGrievanceandAppealsDepartment@MolinaHealthCare.Com
MolinaMarketplace.com



Aviso de no discriminación: Sección 1557 Molina Healthcare of Florida - Marketplace

Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo.

Para ayudarle a comunicarse con nosotros, Molina Healthcare proporciona los siguientes servicios gratuitos y de manera oportuna:

- Molina Healthcare ofrece adaptaciones razonables y ayudas y servicios apropiados para las personas con discapacidades. Esto incluye lo siguiente: (1) Intérpretes calificados. (2) Información por escrito en otros formatos, como en letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles y braille.
- Molina Healthcare brinda servicios lingüísticos a personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés. Esto incluye lo siguiente: (1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-560-5716 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora local.

Si cree que sufrió discriminación por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja formal. Puede presentar una queja formal por teléfono, correo postal, correo electrónico o en línea: Si necesita ayuda para escribir la queja formal, le ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas formales en nuestro sitio web [MolinaHealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx](https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx)

Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al 1-866-606-3889 o TTY/TDD: 711 o envíe su queja formal a:

Civil Rights Unit
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com
Sitio web: [MolinaHealthcare.Alertline.com](https://www.molinahealthcare.com/alertline)

También puede presentar una queja formal de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights por medios electrónicos a través del Portal de Quejas de la Office for Civil Rights, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Los formularios para las quejas están disponibles aquí: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

English	For free language assistance services, and auxiliary aids and services, call 1-888-560-5716 (TTY: 711).
Spanish Español	Para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística, así como ayudas y servicios auxiliares, llame al 1-888-560-5716 (TTY: 711).
French Creole Kreyòl Ayisyen	Pou asistans lang gratis, epi èd ak sèvis oksilyè, rele 1-888-560-5716 (TTY: 711).
Vietnamese Tiếng Việt	Để sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cũng như các dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm, hãy gọi 1-888-560-5716 (TTY: 711).
Portuguese Português	Para obter serviços de assistência linguística e materiais e serviços auxiliares gratuitos ligue para 1-888-560-5716 (telefone de texto [TTY]: 711).
Chinese (Traditional) 中文（台灣繁體）	如需免費的語言協助服務以及輔助裝置和服務，請致電 1-888-560-5716（聽障專線：711）。
French Français	Pour bénéficier de services d'assistance linguistique gratuits, ainsi que de services et aides complémentaires, appelez le 1-888-560-5716 (ATS : 711).
Tagalog	Para sa libreng serbisyo sa tulong sa wika, at mga auxiliary aid at serbisyo, tumawag sa 1-888-560-5716 (TTY: 711).
Russian Русский	Для получения бесплатных услуг языковой помощи, а также вспомогательных средств и услуг, позвоните: 1-888-560-5716 (телетайп: 711).
Arabic العربية	اتصل على الرقم 1-888-560-5716 (الهاتف النص 711 (TTY)) لتلقي خدمات المساعدة اللغوية المجانية والخدمات والمساعدات الإضافية.
Italian Italiano	Per i servizi di assistenza gratuiti in italiano nonché per supporti e servizi ausiliari, chiamare 1-888-560-5716 (TTY: 711).
German Deutsch	Kostenlose Sprachassistentendienste, Hilfsmittel und Dienstleistungen erhalten Sie unter 1-888-560-5716 (TTY: 711).
Korean 한국인	무료 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 원하시면 1-888-560-5716 (TTY: 711)로 연락 주시기 바랍니다.
Polish Polski	Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową oraz dodatkowe wsparcie i usługi, należy zadzwonić pod numer 1-888-560-5716 (TTY: 711).
Gujarati ગુજરાતી	મફત ભાષા સહયોગ સેવાઓ અને સહાયક સાધનો તથા સેવાઓ માટે 1-888-560-5716 (TTY: 711) પર કોલ કરો.
Thai ไทย	สำหรับบริการช่วยเหลือฟรีด้านภาษาและบริการเสริม โปรดโทร 1-888-560-5716 (TTY: 711)