

Molina Healthcare of Texas, Inc.

Marketplace

2024

Contrato y Evidencia Individual de Cobertura

Este Plan de Beneficios de Salud de Elección del Consumidor, ya sea en su totalidad o en parte, no proporciona los beneficios de salud exigidos por el estado que normalmente se requieren en las evidencias de cobertura en Texas. Este plan de beneficios de salud estándar puede proveer un plan de salud más asequible para usted, aunque, al mismo tiempo, puede proveerle menos beneficios del plan de salud que los que normalmente se incluyen como beneficios de salud exigidos por el estado en Texas. Consulte con su agente de seguros para descubrir qué beneficios de salud exigidos por el estado están excluidos en esta evidencia de cobertura.

Molina Healthcare of Texas
1660 N Westridge Circle, Irving, TX 75038
1 (888) 560-2025
www.MolinaMarketplace.com



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

Aviso de derechos: Molina Healthcare, un plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés), no proporciona beneficios por los servicios de proveedores que no sean de la red que un Miembro recibe, con excepciones específicas, como se describe en su evidencia de cobertura y a continuación. Un Miembro tiene derecho a una red adecuada de médicos y proveedores en la red (conocidos como médicos y proveedores de la red). Si un Miembro cree que la red no es adecuada, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas en: www.tdi.texas.gov/consumer/complfirm.html. Si Molina aprueba una remisión para servicios fuera de la red porque no hay un médico o proveedor de la red disponible, o si el Miembro ha recibido atención de emergencia fuera de la red, Molina debe, en la mayoría de los casos, saldar la factura del médico o proveedor fuera de la red para que el Miembro solo tenga que pagar algún monto de Copago, Porcentaje de copago y Deducible aplicable de la red. Los Miembros pueden obtener un directorio actual de médicos y proveedores de la red en el siguiente sitio web: MolinaMarketplace.com o llamando al 1(888) 560-2025 para obtener ayuda en la búsqueda de médicos y proveedores disponibles de la red. Si el Miembro se basó en información del directorio sustancialmente inexacta, puede tener derecho a que se le pague un reclamo hecho por un médico o proveedor fuera de la red como si fuera de un médico o proveedor de la red, si el Miembro presenta una copia de la información inexacta del directorio a Molina, no más de 30 días antes de recibir el servicio.

Aviso de aumento de la prima: La prima puede aumentarse en la Fecha de renovación de este Acuerdo; este Acuerdo puede estar sujeto a no la renovación para los Dependientes que superen el límite máximo de edad para Dependientes. En caso de un aumento de tarifa, proporcionaremos un aviso por escrito del aumento al menos 60 días antes de que entre en vigencia, que incluirá el monto en dólares de la prima antes y después del cambio, y el cambio porcentual entre los dos.

AVISO ADICIONAL: ESTE ACUERDO NO ES UN COMPLEMENTO DE MEDICARE. Si usted es elegible para Medicare, revise la Guía sobre el seguro médico para las personas con Medicare disponible en la compañía.

EL ACUERDO DE SEGURO EN VIRTUD DEL CUAL SE EMITE ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA NO ES UN ACUERDO DE SEGURO DE INDEMNIZACIÓN DE TRABAJADORES. USTED DEBE CONSULTAR A SU EMPLEADOR PARA DETERMINAR SI SU EMPLEADOR ES SUSCRIPTOR DEL SISTEMA DE INDEMNIZACIÓN DE TRABAJADORES.

Have a complaint or need help?

If you have a problem with a claim or your premium, call your insurance company or HMO first. If you can't work out the issue, the Texas Department of Insurance may be able to help.

Even if you file a complaint with the Texas Department of Insurance, you should also file a complaint or appeal through your insurance company or HMO. If you don't, you may lose your right to appeal.

Molina Healthcare of Texas

To get information or file a complaint with your insurance company or HMO:

Call: Customer Support at 1 (888) 560-2025

Toll-free: 1 (888) 560-2025

Email: TXMemberInquiryResearchAndResolution@MolinaHealthCare.Com

Online: MolinaMarketplace.com

Mail: PO BOX 182273, Chattanooga, TN 37422

The Texas Department of Insurance

To get help with an insurance question or file a complaint with the state:

Call with a question: 1-800-252-3439

File a complaint: www.tdi.texas.gov

Email: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Mail: CO-CP, Texas Department of Insurance, P. O. Box 12030, Austin, TX 78711-2030

¿Tiene una queja o necesita ayuda?

Si tiene un problema con una reclamación o con su prima de seguro, llame primero a su compañía de seguros o HMO. Si no puede resolver el problema, es posible que el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, por su nombre en inglés) pueda ayudar.

Aun si usted presenta una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, también debe presentar una queja a través del proceso de quejas o de apelaciones de su compañía de seguros o HMO. Si no lo hace, podría perder su derecho para apelar.

Molina Healthcare of Texas

Para obtener información o para presentar una queja ante su compañía de seguros o HMO:

Llame a: Centro de Apoyo al Cliente 1 (888) 560-2025.

Teléfono gratuito: 1 (888) 560-2025

Presente una queja en:

TXMemberInquiryResearchAndResolution@MolinaHealthCare.Com

En línea: MolinaMarketplace.com

Dirección postal: PO BOX 182273, Chattanooga, TN 37422

El Departamento de Seguros de Texas

Para obtener ayuda con una pregunta relacionada con los seguros o para presentar una queja ante el estado:

Llame con sus preguntas al: 1-800-252-3439

Presente una queja en: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Dirección postal: CO-CP, Texas Department of Insurance, P. O. Box 12030, Austin, TX 78711-2030

GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA

Servicio	Necesidad	Dónde ir
Servicios de emergencia	Tratamiento de una Condición médica de emergencia.	Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias de cualquier hospital, incluso si se trata de un Proveedor no participante o que se encuentra fuera del Área de servicio.
Cómo obtener atención	- Atención de urgencia - Enfermedades leves. - Lesiones menores. - Atención médica virtual - Exámenes físicos y chequeos - Atención médica preventiva - Inmunizaciones (vacunas)	Llame a su médico Centros de atención de urgencia Busque un proveedor o centro de atención de urgencia MolinaMarketplace.com Atención médica virtual Teladoc.com/molinamarketplace 1-800-TELADOC Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas 1 (888) 275-8750 (inglés) 1 (866) 648-3537 (español)
Acceso en línea	- Encontrar o cambiar a su médico. - Ver los beneficios y el Manual del Miembro. - Ver o imprimir tarjeta de identificación. - Realizar un seguimiento de los reclamos.	Ingrese en MyMolina.com. Descargue la aplicación Molina Mobile. Consulte el Directorio de proveedores: MolinaMarketplace.com
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 - Atención prenatal - Consultas del niño sano	Departamento de Servicios para Miembros de Molina 1 (888) 560-2025 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., (hora local) Ingrese en MyMolina.com.
Servicios de facturación y pago	Preguntas sobre pago de la prima	1 (844) 359-0201 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., (hora de la montaña). Ingrese en MolinaPayment.com
Elegibilidad e inscripción	- Preguntas de elegibilidad. - Agregar un Dependiente. - Informar un cambio de dirección o ingresos.	1 (800) 318-2596 Ingrese en https://www.cuidadodesalud.gov/es/

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

TABLA DE CONTENIDOS

GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA	6
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	16
COSTOS COMPARTIDOS	35
MEDICAMENTOS RECETADOS	52
RECLAMOS	64
DISPOSICIONES DIVERSAS	73
AVISOS	75

Emisión de la Evidencia de Cobertura: Este Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura (también llamado “Acuerdo”) de Molina Healthcare of Texas, Inc. son emitidos por Molina Healthcare of Texas, 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, sus enmiendas y cláusulas adicionales, el Programa de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) aplicable a este plan y cualquier solicitud presentada al Exchange y/o a Molina con el fin de obtener la cobertura correspondiente a este Acuerdo, incluida la hoja de tarifas aplicable a este producto, se incorporan en este Acuerdo por referencia y constituyen el contrato legalmente vinculante entre Molina y el Suscriptor. Todos los documentos se adjuntan a la Evidencia de Cobertura según lo exige la ley estatal.

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. Ningún agente de Molina tiene la autoridad necesaria para modificar este Acuerdo y sus documentos incorporados ni para renunciar a ninguna de sus disposiciones.

Servicios para planes limitados para indígenas americanos y nativos de Alaska

- Para Planes individuales con cero Costo compartido, los indígenas americanos y nativos de Alaska no tienen Costo compartido cuando reciben Servicios cubiertos de Proveedores participantes.
- Para Planes individuales con Costo compartido limitado, los indígenas americanos y nativos de Alaska no tienen Costos compartidos cuando reciben Servicios cubiertos de un Proveedor de atención médica indígena o de otro Proveedor si tienen una remisión de un Proveedor de atención médica indígena. Para obtener más información, visite MolinaMarketplace.com.

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 local de los Estados Unidos de América

Gracias por elegir a Molina

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

Le enviamos este Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura de Molina of Texas de (“Acuerdo”) con el fin de informarle lo siguiente:

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

Lea este Acuerdo cuidadosamente. En él, encontrará información sobre la amplia gama de necesidades de salud que se cubren y los servicios de atención médica que se proporcionan. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente en MolinaMarketplace.com o llamando al 1 (888) 560-2025.

¡Estamos a su disposición!

DEFINICIONES

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

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

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

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

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

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

3. *Para todos los demás Servicios cubiertos recibidos de un Proveedor no participante de conformidad con este Acuerdo:* Salvo que la ley aplicable exija expresamente lo contrario, estos servicios se reembolsarán al mayor de (a) la tarifa media contratada de Molina para dichos servicios cubiertos, (b) el 100 % de la tarifa publicada de Medicare para dichos servicios cubiertos, (c) el método habitual y razonable de Molina para determinar el pago de dichos Servicios cubiertos, o (d) un monto negociado acordado entre el Proveedor no participante y Molina.

Máximo anual de gastos de bolsillo (también conocido como “**OOPM**”, en inglés): 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 porcentaje de coseguros, Molina paga el 100 % de los costos de los Servicios cubiertos. Los montos que pagan el Suscriptor o los Dependientes por los servicios no cubiertos

por este Plan no se cuentan para el OOPM. El Programa de Beneficios puede incluir un monto OOPM por cada individuo inscrito bajo este Acuerdo y un monto OOPM por separado para toda la familia cuando hay dos o más Miembros inscritos. Cuando dos o más Miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo:

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

Una vez que los Costos compartidos totales para el Suscriptor o Dependiente 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 el Costo compartido de dos o más Miembros de la familia se sume hasta llegar al monto OOPM familiar, Molina pagará el 100 % de los cargos por Servicios cubiertos para el Miembro y cada integrante de su familia por el resto del año calendario si siguen inscritos en este Plan.

Factura del saldo o Facturación del saldo: Cuando un Proveedor emite una factura a un Miembro por la diferencia entre el monto del cargo del Proveedor y la Cantidad autorizada. Un Proveedor participante de Molina no puede facturarle un saldo por Servicios cubiertos.

Servicios de atención médica básica: Un servicio de atención médica que el Comisionado del Departamento de Seguros de Texas determina que una población inscrita podría necesitar razonablemente para mantenerse en buen estado de salud, incluyendo, sin limitaciones en cuanto a tiempo y costo, aquellos beneficios según lo prescrito en la ley estatal.

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

Complicaciones del embarazo: Una afección, que requiere hospitalización (cuando no se interrumpe el embarazo), cuyos diagnósticos son distintos del embarazo pero se ven afectados negativamente por el embarazo o son causados por el embarazo, como nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, aborto retenido y afecciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, pero no falso trabajo de parto, manchado ocasional, descanso prescrito por el médico durante el período de embarazo, náuseas matutinas, hiperémesis gravídica, preeclampsia y afecciones similares asociadas con el manejo de un embarazo difícil que no constituye una complicación nosológicamente distinta del embarazo; y la cesárea no electiva, la interrupción del embarazo ectópico la interrupción espontánea del embarazo que se produce durante un período de gestación en el que no es posible un parto viable, la infección puerperal, la eclampsia y la toxemia. Las náuseas matutinas y una cesárea que no sea de emergencia no son complicaciones del embarazo.

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

Costos compartidos: La cuota de los costos que un Miembro pagará de su propio bolsillo por los Servicios cubiertos. Por lo general, este término incluye los deducibles, el porcentaje de coseguro y los copagos, pero no incluye ni las primas ni los montos de facturación del saldo de proveedores no participantes ni el costo de los servicios no cubiertos.

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

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

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

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

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

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

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

1. Poner la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, su salud y la del niño nonato) en un grave riesgo;
2. Causar daños graves en las funciones corporales; o
3. 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: Servicios de atención médica que se prestan en un centro hospitalario de emergencias, en un centro de atención médica de emergencia independiente o en un centro de emergencias comparable para evaluar y estabilizar las condiciones médicas de una aparición y gravedad recientes, incluido el dolor grave, que llevaría a una persona común prudente que posea un conocimiento promedio de medicina y salud a creer que la afección, enfermedad o lesión del individuo es de tal naturaleza que si no se obtuviera atención médica inmediata podría:

- Poner la salud del individuo en grave peligro.
- Provocar graves daños en las funciones corporales;
- Provocar una falla grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;
- Provocar una desfiguración seria; o
- Para una mujer embarazada, provocar un grave peligro para la salud del feto.

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

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

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

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

Hospital: Una instalación operada legalmente con licencia del Estado, cuyo propósito o función principal es brindar atención médica u hospitalaria o educación médica o investigación médica.

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

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

Miembro: Un individuo que es elegible y está inscrito en virtud de este Acuerdo y para quien hemos recibido las Primas aplicables. El término incluye un Dependiente y un Suscriptor, a menos que el Suscriptor sea un adulto responsable (el padre, la madre o el tutor legal) que solicite la Cobertura solo para niños en virtud de este Acuerdo, en nombre de un niño menor de edad que, al comienzo del año del plan, no haya cumplido los 21 años. En ese caso, el Suscriptor será responsable de realizar los pagos de la Prima y del Costo compartido para el Miembro y actuará como representante legal del Miembro conforme a este Acuerdo, pero no será un Miembro.

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

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

Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura de Molina Healthcare of Texas (“Acuerdo”): Este documento, que contiene información sobre la cobertura de este Plan.

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

Otro proveedor médico: Un Proveedor participante que brinda Servicios cubiertos a los Miembros según el alcance de su licencia, aunque no es un Proveedor de atención primaria o un Especialista.

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

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

Porcentaje de copago: es un porcentaje de los cargos por Servicios cubiertos, o un monto de porcentaje específico, que el Miembro debe pagar cuando recibe Servicios cubiertos. El monto del porcentaje se calcula como un porcentaje de las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el proveedor participante. Los Porcentajes de copago se detallan en el Programa de Beneficios de Molina Healthcare of Texas, Inc. Algunos servicios cubiertos no tienen porcentaje de copago.

Plan: Cobertura de una Organización para el Mantenimiento de la Salud emitida para una persona y Dependientes, si corresponde, mediante la que se proporcionan beneficios para los Servicios cubiertos. Según los servicios, se puede aplicar el Costo compartido para los Miembros.

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

Proveedor de atención primaria: que ha identificado su designación profesional principal como “PCP” y es el médico que se ocupa de las necesidades de atención médica del Miembro. El médico de atención primaria tiene su historial médico. Su médico de atención primaria se asegura de que obtenga los servicios de atención médica necesarios. Un médico de atención primaria puede remitirlo a un médico especialista para otros servicios. Un médico de atención primaria incluye los siguientes tipos de médicos, entre otros:

- Médico de familia o de medicina general que normalmente puede ver a toda la familia.
- Médico de medicina interna, que por lo general solo ve a adultos y niños de 14 años o más.
- Pediatra, que atiende a niños desde recién nacidos hasta los 18 o 21 años.
- Obstetra y ginecólogo
- Un especialista para un Miembro con una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal

Autorización previa: Una determinación por parte de Molina de que los servicios de atención médica propuestos para un miembro son médicamente necesarios y apropiados. Se necesita aprobación de Molina antes de que los Miembros obtengan un servicio médico o medicamento para que el servicio o medicamento esté cubierto. Las excepciones de autorización previa son para aquellos médicos o proveedores que cumplen con los criterios de excepción relacionados con la ley estatal.

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

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

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

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

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

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

Servicios dentales teleodontológicos: Un servicio de atención médica prestado por un dentista o profesional de la salud que actúe bajo la delegación y supervisión de un dentista y actúe dentro del alcance de la licencia del dentista o del profesional de la salud, a un paciente en un lugar físico diferente al del dentista o profesional de la salud utilizando las telecomunicaciones o tecnologías de la información.

Atención de urgencia o Servicios de atención de urgencia: significa aquellos servicios de atención de salud que se necesitan para prevenir el grave deterioro de la salud por una enfermedad o lesión médica imprevista. Atención de un paciente con una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave para que una persona razonable busque atención médica inmediata, pero no tan grave para requerir atención en la sala de emergencias.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Una persona debe estar inscrita como Miembro de este Plan para que los Servicios cubiertos estén disponibles. Para inscribirse y convertirse en Miembro, una persona debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad que establece el Marketplace. Molina exige que el Suscriptor viva, resida o trabaje en el Área de servicio para inscribirse en el producto. Con la excepción de los Servicios de emergencia, los dependientes calificados que residen fuera del Área de servicio de Molina deben recibir Servicios cubiertos de Proveedores participantes que se encuentran en el Área de servicio de Molina, a menos que lo exija una orden judicial para un hijo dependiente. La persona que cumple con los requisitos de elegibilidad y con los de pago de la Prima, y, además, se encuentra inscrita en Molina es el Suscriptor.

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

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

Cobertura solo para niños: Molina ofrece la Cobertura solo para niños para personas menores de 21 años al comienzo del año del plan, y un padre o tutor legal presenta la solicitud en nombre del niño. Para obtener más información sobre la elegibilidad y la inscripción, comuníquese con el Marketplace.

Dependientes: Los Suscriptores que se inscriban durante el Período de inscripción abierta establecido por el Marketplace también pueden solicitar la inscripción de personas elegibles como Dependientes. Los Dependientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos por el Marketplace. Los Dependientes deben vivir en nuestro Área de servicio para este producto con excepción de cualquier niño Dependiente, a menos que lo exijan las regulaciones estatales o federales. Los siguientes tipos de miembros de la familia se consideran Dependientes:

- **Cónyuge:** La persona casada legalmente con el Suscriptor conforme a la ley estatal.
- **Niño(a) o niños:** Los hijos del suscriptor o los hijos de su Cónyuge (incluidos los hijos e hijastro adoptados legalmente) y cualquier hijo para el que el suscriptor deba proporcionar apoyo médico mediante una orden de apoyo médico. Cada niño es elegible para solicitar la inscripción como Dependiente hasta los 26 años (la edad límite).
- Los **nietos del Suscriptor** califican como Dependientes del Suscriptor solo si el nieto es soltero, menor de 25 años y dependiente del Suscriptor para propósitos de impuestos federales sobre la renta en el momento en que se hace la solicitud de cobertura. Una vez que se haya inscrito a la cobertura para un nieto del Suscriptor, esta no será rescindida solamente porque el nieto ya no es dependiente del Suscriptor a efectos del impuesto federal sobre la renta.
- **Niño con una discapacidad:** Un niño que cumple los 26 años de edad es elegible para continuar siendo un Dependiente si cumple los siguientes criterios de elegibilidad:
 - El niño es incapaz de tener un empleo autosostenible debido a una lesión, enfermedad o condición que genere discapacidad física o mental; y
 - El niño de cualquier edad depende, principalmente, del Suscriptor para su apoyo y manutención, en el caso de que tenga una discapacidad permanente y total. Un niño puede seguir contando con la cobertura de Molina Healthcare en calidad de Dependiente mientras tenga una discapacidad y siga cumpliendo con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente.
- **Pareja doméstica:** Una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que convive y comparte una vida doméstica con el Suscriptor pero que no está casada ni unida por unión civil con el Suscriptor. La pareja doméstica debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y verificación de socios nacionales establecidos por el Marketplace o la ley estatal.

Adición de nuevos dependientes: Para inscribir a un Dependiente que se convierte en elegible para inscribirse por primera vez después de que el Miembro se inscriba como Suscriptor (como un nuevo cónyuge, un hijo recién nacido o un hijo recién adoptado, niño para crianza temporal o un hijo solo dependiente), debe ponerse en contacto con el Marketplace y presentar cualquier solicitud, formularios e información solicitada para el Dependiente. Las solicitudes para inscribir a un nuevo Dependiente deben ser enviadas al Marketplace dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el Dependiente se convirtió en elegible para inscribirse en Molina Healthcare.

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
- El (la) Cónyuge obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
- El (la) Cónyuge se traslada permanentemente al área de servicios.

Niños (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 convierte en Dependiente a través del matrimonio, el nacimiento, la colocación en cuidado de crianza, la adopción, la colocación para adopción, la manutención de los hijos u otra orden judicial (un niño cubierto por una orden judicial y que vive fuera del área de servicio recibirá los mismos beneficios)
- El Niño obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
- El niño se muda permanentemente al área de servicio.

Niño recién nacido: Un niño recién nacido de un Suscriptor es elegible como Dependiente a partir de su nacimiento. Inicialmente, un recién nacido tiene cobertura durante 31 días, incluido el día del nacimiento. Un niño recién nacido es elegible para continuar la inscripción si se inscribió en Molina dentro de los 60 días. Tenga en cuenta que las solicitudes de recién nacidos para los Servicios cubiertos elegibles se procesarán como parte de las reclamaciones de la madre y cualquier monto de Deducible o Máximo anual de gastos de bolsillo alcanzado a través del procesamiento de los reclamos de un recién nacido se acumulará como parte del Deducible y Máximo anual de gastos del bolsillo de la madre. La cobertura del recién nacido no requerirá que se cumpla un deducible adicional antes de que el recién nacido esté cubierto. Sin embargo, si se recibe un expediente de inscripción para el recién nacido durante los primeros 31 días calendario, el recién nacido será agregado como Dependiente a partir de la fecha de nacimiento, y cualquier reclamo incurrido por el recién nacido será procesada como parte de los reclamos del recién nacido, y cualquier monto de Deducible o Máximo anual de gastos de bolsillo que se alcance a través del procesamiento de estos reclamos se acumulará como parte del Deducible individual o Máximo anual de gastos del bolsillo del recién nacido (es decir, no está sujeto al Deducible ni al Máximo anual de gastos del bolsillo de la madre inscrita).

Niño adoptado: Si usted adopta a un niño o un niño es colocado con usted para adopción, entonces el niño es elegible para la cobertura en virtud de este Acuerdo. El niño puede ser agregado a este Acuerdo durante el período de inscripción abierta, dentro de los 60 días siguientes a la adopción del niño o dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que el niño se ha convertido en sujeto de una demanda de adopción o colocación para adopción o cuando se obtuvo el derecho legal de controlar la atención médica del niño, lo que ocurra antes. La cobertura del niño será efectiva en que el niño se haya convertido en objeto de una demanda para adopción o colocación para adopción o según lo determine el Marketplace, de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables. En la fecha en que el niño se haya convertido en objeto de una demanda para adopción o colocación para adopción o cuando se obtuvo el derecho legal de controlar la atención médica del niño, lo que sea antes.

Niño para crianza temporal: Un niño recientemente colocado para crianza temporal o un niño colocado con el Miembro su cónyuge para crianza temporal está cubierto a partir de la fecha que sea anterior:

- La fecha de la colocación en el cuidado de crianza.
- La fecha en que el Miembro o su cónyuge obtienen el derecho legal de controlar la atención médica del niño.

Si el Miembro no inscribe al niño colocado para crianza temporal o el niño colocado con el Miembro o su cónyuge dentro de 60 días, el niño está cubierto por solo 31 días. Esto incluye la fecha de adopción o colocación para adopción o cuando se obtuvo el derecho legal de controlar la atención médica del niño, lo que ocurra antes. A efectos de este requisito, el “derecho legal a controlar la atención médica” significa que el Miembro o su cónyuge tienen:

- Un documento escrito firmado. Esto puede ser:
- Un informe de liberación menor de las instalaciones de salud
- Un formulario de autorización médica, o.
- Un formulario de renuncia) u
- Otra evidencia que pruebe que Miembro o su cónyuge tienen el derecho legal de controlar la atención médica del niño.

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

Interrupción de los Servicios cubiertos para Dependientes: La Cobertura de Dependientes se interrumpirá en los siguientes momentos:

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

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

PAGO DE LA PRIMA

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

Crédito fiscal anticipado para la Prima (APTC, en inglés): El Crédito fiscal anticipado para la Prima (APTC, en inglés) es el crédito fiscal que un Suscriptor puede tomar por adelantado para reducir su Prima

mensual. Molina no determina ni ofrece créditos fiscales, y los Suscriptores deben contactarse con Marketplace para determinar si son elegibles. Si el Suscriptor es elegible para recibir un Crédito fiscal anticipado para la Prima, puede utilizar cualquier monto del crédito por adelantado para reducir la Prima.

Pagos: Molina acepta Pagos de primas en línea, por teléfono, por correo postal y a través de giros postales. Para obtener más información, consulte MolinaPayment.com o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. No se aceptan pagos de la prima 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:

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

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

Período de gracia: Un Período de gracia es un período corto de tiempo posterior al vencimiento del Pago de la prima del Miembro que no se ha pagado en su totalidad. Si un Suscriptor no ha efectuado el pago puede hacerlo durante el Período de gracia y, de esa manera, evitar la pérdida de su cobertura. El hecho de que el Suscriptor reciba un APTC determina la duración del Período de gracia.

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

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

Notificación de terminación por falta de pago: Molina enviará una notificación por escrito al Suscriptor y sus Dependientes en la que informará la fecha de terminación de la membresía debido a la falta de pago de las Primas. Los Miembros tienen derecho a apelar una decisión de terminación por parte de Molina. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, ingrese en la página web de Molina Marketplace, consulte la sección “Reclamaciones y apelaciones” de este Acuerdo o contáctese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

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

Renovación de la cobertura: Si se recibió el pago de todas las Primas adeudadas, Molina renovará la cobertura de los Miembros el primer día de cada mes. La renovación está sujeta al derecho de Molina de enmendar este Acuerdo y a la continuación de la elegibilidad del Miembro para este Plan. Los miembros deben seguir los procedimientos requeridos por el Exchange para redeterminar su elegibilidad y garantizar la renovación de su 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. del día anterior a la fecha de terminación. Si Molina da por terminada la cobertura de un Miembro por cualquier razón, dicho Miembro debe pagar a Molina todos los montos adeudados en relación con su cobertura, incluidas las Primas, correspondientes al período anterior a la fecha de terminación. Excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales, si se da por terminada la cobertura de un miembro, se reembolsará en los siguientes (treinta) 30 días cualquier pago de Primas recibido en nombre del Miembro que corresponda a períodos posteriores a la fecha de terminación, menos los montos adeudados a Molina o a sus proveedores para la cobertura de Servicios cubiertos proporcionados antes de la fecha de terminación. Conforme a este Plan, Molina y sus Proveedores no tendrán ninguna responsabilidad ni obligación adicional. En caso de fraude o tergiversación intencional, Molina puede retener parte de este monto con el fin de recuperar las pérdidas ocasionadas por dicho fraude o tergiversación intencional.

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

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

El Miembro no reúne los requisitos: Un Miembro ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura que solicitan Exchange y Molina. Exchange enviará al Miembro una notificación en la que le informará la pérdida de la elegibilidad. Asimismo, Molina enviará una notificación por escrito al Miembro cuando se le informe que este ya no reside en el Área de servicio. La cobertura terminará a las 11:59 p. m., hora local, del último día del mes posterior al mes en el que se envíen cualquiera de estos avisos al Miembro. El Miembro puede solicitar que se anticipe la fecha de terminación de la cobertura.

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

Fraude o tergiversación intencional de hecho material: El Miembro realizó un acto o práctica que constituye un fraude o una tergiversación intencional de hechos materiales en relación con la cobertura. Molina enviará una notificación por escrito de la terminación del Acuerdo, 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. Si el Miembro cometió fraude o tergiversación intencional de hechos materiales, es posible que Molina no acepte su inscripción en el futuro y podrá informar a las autoridades sobre cualquier sospecha de acto delictivo.

Solicitud de cancelación de la inscripción por parte del Miembro: El Miembro solicita cancelar la inscripción a Exchange. Exchange determinará la fecha del fin de la Cobertura.

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

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

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

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

- Un Curso de tratamiento activo para una “afección potencialmente mortal” que es una enfermedad o afección con una alta probabilidad de muerte a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección;
- Un Curso de tratamiento activo para una enfermedad o afección que requiere cuidados complejos continuos que la persona cubierta está recibiendo actualmente, como quimioterapia, visitas postoperatorias o radioterapia.
- Embarazo a través del período del postparto y un control de seguimiento dentro del período de seis semanas después del parto; o

- Una persona cubierta que se somete a un curso de atención institucional o de hospitalización del proveedor o centro; o
- Una persona cubierta que tiene programado someterse a una cirugía no electiva del proveedor, incluida la recepción de atención posoperatoria de dicho proveedor o centro con respecto a dicha cirugía.

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

- Una vez que se efectúe exitosamente la transición de la atención médica a un Proveedor participante, si el Miembro elige realizar la transición de su atención.
- Al finalizar el curso del tratamiento antes del día 90 de continuidad de la atención
- Al finalizar el día 90 de continuidad de la atención
- Si al afiliado se le ha diagnosticado una enfermedad terminal en el momento de la terminación, la expiración del período de nueve meses después de la fecha de vigencia de la terminación.
- Cuando el Miembro alcanza o supera el límite de beneficios que cubre su plan.
- Cuando la atención no sea Médicamente necesaria.
- Si se excluye la atención de su cobertura
- Si el Miembro ya no reúne los requisitos para la cobertura.

Molina proporcionará Servicios cubiertos a Costo compartido dentro de la red para el tratamiento de una afección médica solicitada específicamente hasta alcanzar el monto inferior entre la Cantidad autorizada de Molina y la tarifa acordada para tales servicios. El miembro será responsable del Costo compartido asociado.

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

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

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

ACCESO A LA ATENCIÓN

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

Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas: El personal de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, para responder a preguntas y ayudar a los Miembros a acceder a la atención médica. El número de la Línea de Consejos de Enfermería es 1 (888) 275-8750

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

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

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

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 reemplazo, visite MyMolina.com o comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina. Las versiones digitales de la tarjeta de identificación están disponibles en MyMolina.com y la aplicación móvil de Molina.

Derecho del Miembro a obtener Servicios de atención médica por fuera de la Evidencia de Cobertura:

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

Proveedor de atención primaria (PCP): Un Proveedor de atención primaria se ocupa de las necesidades habituales y básicas de atención médica. Los PCP proporcionan a los Miembros servicios, como exámenes físicos, inmunizaciones o tratamientos de enfermedades o lesiones que no requieren atención médica de urgencia o emergencia. Molina solicita a los Miembros que seleccionen un PCP del Directorio de proveedores. Si no se selecciona un PCP, Molina asignará uno. Los Miembros pueden solicitar el cambio de su PCP en cualquier momento en MyMolina.com o comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros. Cada familiar puede seleccionar un PCP diferente. Es posible seleccionar a un médico especializado en pediatría como PCP de un niño. Se puede seleccionar un médico obstetra ginecólogo como PCP de una Miembro. En ocasiones, es posible que el 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 telemedicina: La telemedicina consiste en el uso de las telecomunicaciones y la informática para brindar acceso a la evaluación médica, el diagnóstico, la intervención, la consulta, la supervisión y la información a cualquier distancia. Este servicio incluye tecnologías como teléfonos, máquinas de fax, sistemas de correo electrónico y dispositivos de monitoreo remoto de pacientes, que se utilizan a fin de recolectar y transmitir los datos del paciente para su control e interpretación. Los Servicios cubiertos también se encuentran disponibles a través de la Telemedicina, excepto en los casos específicamente determinados en este Acuerdo. Para acceder a estos servicios, no se requiere el contacto en persona con el Proveedor; además, el tipo de establecimiento donde se brindan no se encuentra limitado. Las siguientes disposiciones adicionales se aplican al uso de los servicios de Telemedicina:

- Los servicios 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 están en la misma ubicación física.
- No incluyen mensajes de texto, fax o correo electrónico.
- El Costo compartido del Miembro se muestra en su Programa de Beneficios.

Servicios de telemedicina: La telemedicina es un método de comunicación utilizado por nuestra red de Proveedores participantes para brindar acceso a consultas. Está cubierto al mismo costo compartido que los servicios cubiertos en persona.

Proveedor no participante en un centro de Proveedor participante: Si un Miembro recibe atención que no sea emergencia de un Proveedor no participante que esté prestando servicios en un hospital de Proveedores participantes, Molina pagará siempre que la atención sea:

- Médicamente necesaria
- Un Servicios cubierto

Los Proveedores no participantes que prestan servicios en un hospital de Proveedores participantes pueden incluir, entre otros, patólogos, radiólogos y anestelistas. El Miembro no pagará más del mismo Costo compartido que pagaría por los mismos Servicios cubiertos recibidos de un Proveedor participante. Molina reembolsará al Proveedor no participante por estos servicios hasta la Cantidad autorizada. El Miembro será responsable de cualquier Costo compartido aplicable descrito en el Programa de Beneficios.

Proveedor no participante que brinda un Servicio cubierto: Si no hay un Proveedor participante que puede brindar un Servicio cubierto médicamente necesario que no es de emergencia, Molina brindará dicho servicio a través de un Proveedor no participante de la misma manera y sin un costo mayor que los Servicios cubiertos cuando estos los presta un Proveedor participante. En este caso, se requiere Autorización previa antes del inicio del servicio de un Proveedor no participante. Molina calculará nuestro pago como el mayor de los siguientes: La tarifa usual y habitual de Molina para dichos servicios, o una tarifa acordada para dichos servicios.

Según el proyecto de ley 1264 del Senado de Texas, un Proveedor fuera de la red que brindó Atención de emergencia, un Proveedor basado en un centro fuera de la red que prestó servicios en un centro dentro de la red y un Proveedor de imágenes de diagnóstico o servicio de laboratorio fuera de la red que prestaron servicios en relación con la atención dentro de la red, pueden no tener permitido facturar al Miembro por un monto mayor que el Copago, Porcentaje de copago o Deducible aplicables en virtud del Plan. El Copago, Porcentaje de copago y Deducible aplicables para dichos Servicios se basará en el monto inicialmente determinado como pagadero por Molina o un monto modificado según lo determine el proceso interno de apelación de Molina. Sin embargo, el Copago, Porcentaje de copago y Deducible del Miembro no se basará en ningún monto adicional que se determine que se debe al Proveedor fuera de la red en virtud del capítulo 1467 del Código de Seguros (relacionado con la Resolución de disputas por reclamos fuera de la red).

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

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

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

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

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

AUTORIZACIÓN PREVIA

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

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

Molina revisa las solicitudes de PA después de recibir toda la información necesaria. El Proveedor del Miembro puede solicitar que Molina acelere el proceso de PA si la solicitud es urgente. Molina informará al Proveedor del Miembro sobre la decisión dentro del tiempo permitido por la ley estatal y federal. Las excepciones de autorización previa son para aquellos médicos o proveedores que cumplen con los criterios de excepción relacionados con la ley estatal.

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

Los miembros deben visitar MolinaMarketplace.com/TXGetCare o comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente antes de recibir ciertos servicios. Además, el acceso basado en la web a los requisitos de autorización previa está disponible en MolinaMarketplace.com/TXPA

Plazos de la PA:

Servicios médicos:

- **Solicitudes de PA de rutina:**
 - Molina decidirá sobre la PA para un servicio dentro de los 3 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud y toda la información médica necesaria para decidir.
- **Solicitudes de PA urgentes:**
 - Molina decidirá sobre la PA dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud y toda la información médica necesaria para decidir.
 - Se utiliza el plazo urgente si el uso del plazo estándar:
 - Puede amenazar seriamente su vida o su salud.
 - Puede amenazar seriamente su capacidad para recuperar la función completa.
 - Le causaría un dolor intenso que no se puede controlar sin la atención solicitada, según su proveedor.

Condiciones médicas de emergencia y servicios posteriores a la estabilización: No necesita 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 y posterior a la estabilización de pacientes internados que se describe a continuación.

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. Cuando no autoriza un servicio para un Miembro, Molina brinda ayuda y alternativas para la atención.

Revisión simultánea del paciente internado: 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. Para la atención aguda de pacientes internados, Molina coordinará los servicios dentro de las 24 horas y continuará haciendo un seguimiento cada 24 horas.

Revisión posterior a la estabilización: Molina realizará una revisión en una hora a partir de la recepción de la solicitud y toda la documentación requerida para tomar una determinación.

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

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

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

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

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

Aprobaciones permanentes: Si un Miembro tiene un problema de salud que requiere Servicios cubiertos especializados durante un período continuo, puede solicitar una Aprobación permanente. Si un Miembro recibe una aprobación permanente, no necesitará obtener Autorización previa cada vez que obtenga Servicios cubiertos especializados. Un Miembro puede recibir una aprobación permanente para un centro de

atención especializada con la experiencia para tratar una condición o enfermedad que amenaza la vida, la empeora o le incapacita. Molina revisará una autorización previa existente recibida 60 días antes de la expiración de la autorización previa existente y emitirá una determinación indicando si el servicio médico o de atención médica está preautorizado.

Remisión: El PCP del Miembro puede enviar al Miembro a otro Proveedor para recibir un Servicio cubierto específico. Este proceso es una Remisión. Se necesita una Remisión para algunos servicios antes de que estén cubiertos.

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

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS

La disposición de Coordinación de Beneficios (“COB”, en inglés) se aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un plan. El plan se define a continuación.

Las reglas de determinación de orden de beneficios rigen el orden en que cada Plan pagará un reclamo por beneficios. El plan que paga primero se llama el plan primario. El plan primario debe pagar beneficios en virtud de los términos de este Acuerdo, sin considerar la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes no superen el 100 % del gasto 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: pólizas de beneficios de salud y de grupo general o de franquicia, excluyendo la cobertura de protección de ingresos por incapacidad; evidencia de cobertura de la organización de mantenimiento de salud individual y grupal; pólizas de beneficios de salud y accidentes individuales; planes de beneficios de proveedores preferidos individuales y de grupo y planes de beneficios de proveedores exclusivos; contratos de seguro de grupo, contratos de seguro individuales y contratos de abonados que pagan o reembolsan el costo de la atención dental; componentes de atención médica de contratos de atención a largo plazo individuales y grupales; cobertura de beneficios limitada que no se emite para complementar las pólizas individuales o grupales vigentes; disposiciones no aseguradas de cobertura de grupo o tipo grupal; la cobertura de beneficios médicos en los contratos de seguro de automóvil; y Medicare u otros beneficios gubernamentales, según lo permitido por la ley.
 - (2) El Plan no incluye: cobertura de protección de ingresos por incapacidad; Texas Health Insurance Pool; cobertura de seguro de compensación para trabajadores; cobertura de indemnización por confinamiento en el hospital u otra cobertura de indemnización fija; cobertura de enfermedades especificada; cobertura de beneficios complementarios; cobertura de accidentes solamente; cobertura de accidentes especificada; coberturas de tipo de accidente escolar que cubren a los estudiantes solo por accidentes, incluyendo

lesiones atléticas, ya sea en una base de "24 horas" o "hacia y desde la escuela"; beneficios proporcionados en contratos de seguro de cuidado a largo plazo para servicios no médicos, por ejemplo, atención personal, cuidado de día para adultos, servicios para el hogar, asistencia con actividades de vida diaria, cuidado de relevo y cuidado de custodia o para contratos que pagan un beneficio diario fijo sin tener en cuenta los gastos incurridos o la recepción de servicios; Medicare complementa las pólizas; un plan estatal bajo Medicaid; un plan gubernamental que, por ley, proporciona beneficios que exceden los de cualquier plan de seguro privado; u otro plan no gubernamental; o una póliza individual de beneficios de salud y accidente que está diseñada para integrarse completamente con otras pólizas a través de un deducible variable.

Cada contrato de cobertura bajo (a)(1) o (a)(2) es un plan separado. Si un plan tiene dos partes y las reglas de COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se trata como un plan separado.

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

Las reglas de determinación de orden de beneficios determinan si este plan es un plan primario o un plan secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un plan. Cuando este plan es primario, determina el pago de sus beneficios antes que los de cualquier otro plan sin considerar los beneficios de ningún otro plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del plan igualen el 100 % del gasto total permitido.

- (c) El “Gasto permitido” es un gasto de atención médica, que incluye deducible, porcentaje de copago 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 de atención de salud o médico por ley o de conformidad con un acuerdo contractual esté prohibido de cobrar a una persona cubierta no es un gasto permitido. Los siguientes son ejemplos de gastos que no son Gastos permitidos:

- (1) La diferencia entre el costo de una sala de hospital semiprivado y una sala de hospital privado no es un gasto permitido, a menos que uno de los planes proporcione cobertura para los gastos de habitación de hospital privado.
- (2) Si una persona está cubierta por dos o más planes que no tienen tarifas negociadas y que computan sus pagos de beneficios sobre la base de tasas habituales y razonables, una cantidad autorizada o una metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier monto que supere el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un gasto permitido.
- (3) Si una persona está cubierta por dos o más planes que ofrecen beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, un monto que exceda el más alto de las tasas negociadas no es un gasto permitido.
- (4) Si una persona está cubierta por un plan que no tiene sus tasas negociadas y que calcula sus beneficios o servicios sobre la base de las tasas habituales y usuales, cantidades permitidas,

metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar y otro plan que proporciona sus beneficios o servicios sobre la base de las tasas negociadas, el acuerdo de pago del plan primario será el gasto permitido para todos los planes. Sin embargo, si el proveedor de atención médica o médico ha contratado con el plan secundario para proporcionar el beneficio o el servicio por una tarifa negociada específica o un monto de pago que sea diferente del 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 porque una persona cubierta no ha cumplido con las disposiciones del plan no es un gasto permitido. Ejemplos de este tipo de disposiciones del plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, autorización previa de admisiones y contratos de proveedores de atención de salud y médicos preferidos.
- (d) La “Cantidad autorizada” es la cantidad de un cargo facturado que una compañía determina que está cubierta por los servicios proporcionados por un médico o proveedor de atención médica no preferido. La Cantidad autorizada incluye tanto el pago de la compañía como cualquier monto aplicable de deducible, copago o porcentaje de copago para el cual el asegurado es responsable.
- (e) “Plan de panel cerrado” es un plan que proporciona beneficios de atención médica a personas cubiertas principalmente en forma de servicios a través de un panel de proveedores de atención médica y médicos que han contratado con o son empleados por el plan, y que excluye la cobertura de servicios proporcionados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o remisión por un miembro del panel.
- (f) “Padre con custodia” es el padre con el derecho de designar la residencia primaria de un niño por una orden judicial bajo el Código de Familia de Texas u otra ley aplicable, o en ausencia de una orden judicial, es el padre con quien el niño reside más de la mitad del año calendario, excluyendo cualquier visita temporal.

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

- (d) 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.
- (e) Si el plan primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario no lo es, el plan secundario debe pagar o proporcionar beneficios como si fuera el plan primario cuando una persona cubierta usa un médico o proveedor de atención médica no contratado, excepto por servicios de emergencia o referidos autorizados que son pagados o proporcionados por el plan primario.
- (f) Cuando los contratos múltiples que ofrecen cobertura coordinada se tratan como un plan único bajo este subcapítulo, esta sección se aplica solo al plan en su conjunto, y la coordinación
 - (1) entre los contratos componentes se rige por los términos de los contratos. Si más de una compañía paga o proporciona beneficios bajo el plan, la compañía designada como primaria dentro del plan debe ser responsable del cumplimiento del plan con este subcapítulo.
- (g) Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, las reglas de determinación de orden de beneficios de este subcapítulo deciden el orden en que se determinan los beneficios de los planes secundarios en relación con los demás. Cada plan secundario deberá tomar en consideración los beneficios del plan o planes primarios y los beneficios de cualquier otro plan que, en virtud de las reglas de este contrato, tenga sus beneficios determinados antes que los de ese plan secundario.
- (h) Cada plan determina su orden de beneficios según la primera de las siguientes reglas que se aplica:
 - (1) No dependiente o Dependiente. El plan que cubre a la persona que no sea un dependiente, por ejemplo como empleado, miembro, suscriptor o jubilado es el plan primario y el plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan que cubre a la persona como dependiente, y primario al plan que cubre a la persona como otra categoría que no sea la de dependiente, entonces el orden de los beneficios entre los dos planes se invierte para que el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado sea el plan secundario y el otro el plan primario. Un ejemplo incluye a un empleado retirado.
 - (2) Niño dependiente cubierto por más de un Plan. A menos que haya una orden judicial que indique lo contrario, los planes que cubren a un niño dependiente deben determinar la orden de los beneficios utilizando las siguientes reglas aplicables.
 - (A) Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, independientemente de si se han casado o no:
 - (i) El plan del padre cuyo cumpleaños cae antes en el año calendario es el plan primario; o
 - (ii) Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el plan que ha cubierto al padre durante más tiempo es el plan primario.
 - (B) Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados, separados o no viven juntos, independientemente de si se han casado o no:

- (i) Si una orden 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 comiencen después de que el plan reciba aviso del decreto judicial.
 - (ii) si una orden judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica del niño dependiente o de la cobertura de atención médica, las disposiciones de (h)(2)(A) deben determinar el orden de los beneficios.
 - (iii) si una orden judicial establece que los padres tienen custodia conjunta sin especificar que un padre tiene la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del niño dependiente, las disposiciones de (h)(2)(A) deben determinar el orden de los beneficios.
 - (iv) si no existe una orden judicial que asigne la responsabilidad por los gastos de atención médica del niño dependiente o la cobertura de atención médica, el orden de los beneficios para el niño es el siguiente:
 - (I) el plan que cubre al padre con custodia;
 - (II) el plan que cubre al cónyuge del padre con custodia;
 - (III) el plan que cubre al padre sin custodia; y luego
 - (IV) el plan que cubre al cónyuge del padre sin custodia.
- (C) En el caso de un niño dependiente cubierto por más de un plan de personas que no son padres del niño, las disposiciones de (h)(2)(A) o (h)(2)(B) deben determinar el orden de los beneficios como si esas personas fueran padres del niño.
- (D) Para un niño dependiente que tiene cobertura bajo los planes de uno o ambos padres y tiene su propia cobertura como dependiente bajo un plan del cónyuge, se aplica (h)(5).
- (E) En el caso de que la cobertura del niño dependiente bajo el plan del cónyuge haya comenzado en la misma fecha que la cobertura del niño dependiente bajo los planes de uno o ambos padres, el orden de los beneficios debe ser determinado aplicando la regla de cumpleaños en (h)(2)(A) al padre del niño dependiente y al cónyuge del dependiente.
- (3) Empleado activo, jubilado o despedido. El plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no está despedido ni jubilado, es el plan principal. El plan que cubre a esa misma persona como un empleado retirado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado retirado o despedido. Si el plan que cubre a la misma persona que un empleado retirado o despedido o como dependiente de un empleado retirado o despedido no tiene esta regla y, como resultado, los planes no coinciden en el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si (h)(1) puede determinar el orden de los beneficios.
- (4) COBRA o continuación de cobertura estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona conforme a COBRA o bajo un derecho de continuación proporcionado por la ley estatal u

otra ley federal está cubierta bajo otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado es el plan primario y la COBRA o estado u otra cobertura de continuación federal es el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta regla, y como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla no aplica. Esta regla no se aplica si (h)(1) puede determinar el orden de los beneficios.

- (5) Mayor o menor duración de cobertura. El plan que ha cubierto a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado por más tiempo es el plan primario y el plan que cubrió a la persona el período más corto de tiempo es el plan secundario.
- (6) Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos se compartirán por igual entre los planes que cumplan con la definición del plan. Además, este plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan primario.

EFEECTO 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 no sean más que los gastos totales permitidos. Al determinar la cantidad a pagar por cualquier reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura de atención médica y aplicará esa cantidad calculada a cualquier gasto permitido bajo su plan que no sea pagado por el plan primario. El plan secundario puede entonces reducir el monto de su pago de modo que, cuando se combina con el monto pagado por el plan primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes para la reclamación equivalgan al 100 % del gasto total permitido para esa reclamación. Además, el plan secundario debe acreditar a su plan el deducible de cualquier monto que hubiera acreditado a su deducible en ausencia de otra cobertura de atención médica.
- (b) Si una persona cubierta está inscrita en dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier razón, incluida la prestación de servicios por un proveedor que no sea de panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, COB no se aplicará entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

CUMPLIMIENTO CON LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: Se necesitan ciertos datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica para aplicar estas reglas de COB y determinar los beneficios pagaderos bajo este plan y otros planes. Molina cumplirá con la ley federal y estatal relativa a la información confidencial con el propósito de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos bajo este plan y otros planes que cubran a la persona que reclama beneficios. Cada persona que reclame beneficios en virtud de este plan debe dar a Molina cualquier dato necesario para aplicar esas reglas y determinar los beneficios.

FACILIDAD DE PAGO: Un pago realizado bajo otro plan puede incluir un monto que debería haber sido pagado bajo este plan. Si lo hace, Molina puede pagar ese monto a la organización que hizo ese pago. Ese monto se tratará entonces como si fuera un beneficio pagado bajo este plan. Molina no tendrá que volver a pagar ese monto. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios.

DERECHO DE RECUPERACIÓN: Si el importe de los pagos realizados por Molina es más de lo que debería haber pagado en virtud de esta disposición de COB, podría recuperar el exceso de una o más de las personas que paga o de las que había pagado, o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados por el Miembro. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

Siga los pasos descritos en la sección “Quejas”, a continuación. Si todavía no está satisfecho, el Miembro puede llamar al Departamento de Seguros de Texas para obtener instrucciones sobre cómo presentar una queja de consumidor. Llame al 1-800-252-3439, o visite el sitio web del Departamento de Seguros de Texas en www.tdi.texas.gov.

COSTOS COMPARTIDOS

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

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

SERVICIOS CUBIERTOS

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

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

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

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

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

En virtud de la ACA y sus normas federales correspondientes que regulan los EHB, se aplican las siguientes condiciones:

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

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

Lesión cerebral adquirida: Molina cubre el tratamiento para los servicios Médicamente necesarios para una Lesión cerebral adquirida en la misma base que el tratamiento para otras condiciones físicas. Se cubren las terapias cognitivas de rehabilitación y comunicación, la terapia neurocognitiva y rehabilitación, las pruebas y el tratamiento neuroconductuales, neuropsicológicos, neurofisiológicos y psicológicos; la terapia de neuroretroalimentación, la remediación, la transición post aguda y los servicios de integración comunitaria, incluidos los servicios de tratamiento ambulatorio diario, o cualquier otro servicio de tratamiento post agudo. Dichos servicios deben ser necesarios como resultado de y relacionados con una lesión cerebral adquirida. El tratamiento para una lesión cerebral adquirida se puede proporcionar en un hospital, un hospital de rehabilitación agudo o post agudo, un centro de vida asistida o cualquier otro centro en el que se pueda proporcionar el tratamiento o terapias apropiadas. Los Servicios cubiertos incluyen gastos razonables para la reevaluación periódica de la atención de un Miembro que ha incurrido en una lesión cerebral adquirida, no ha respondido al tratamiento y se vuelve receptivo al tratamiento en una fecha posterior. Las metas de tratamiento pueden incluir el mantenimiento de la función o la prevención o la desaceleración del deterioro.

Alternativa a la hospitalización o a la atención de pacientes hospitalizados: En la medida en que lo disponga la ley estatal, la atención médica en el hogar proporcionada por las agencias de salud en el hogar, hospicio y atención en el hogar debidamente autorizadas, cubiertas por este Acuerdo puede usarse como una alternativa a la hospitalización o atención en el hospital si la hospitalización o la atención en el hospital son Médicamente necesarias, y dicha atención médica en el hogar:

- Se puede proporcionar a un costo igual o menor;
- Es el entorno más apropiado y rentable; y

- Se sustituye con el consentimiento del Miembro y por la recomendación del médico o proveedor de atención médica autorizado del asegurado de que dicha atención satisfará adecuadamente las necesidades del Miembro.

La decisión de sustituir servicios menos costosos o menos intensivos se tomará en base a las necesidades médicas del Miembro. Molina puede requerir un plan de tratamiento escrito que haya sido aprobado por el médico que asiste al Miembro. La cobertura de atención médica en casa sustituida se limita a los beneficios máximos disponibles para la atención hospitalaria u otra atención para pacientes hospitalizados en virtud de este Acuerdo, y está sujeta a cualquier Costo compartido y limitaciones aplicables en virtud de este Acuerdo.

Fórmulas elementales a base de aminoácidos: Molina cubre fórmulas elementales a base de aminoácidos Médicamente necesarias. Esto es independientemente del sistema de entrega de fórmulas. Se deben utilizar para el diagnóstico y tratamiento de:

- Alergias relacionadas o no con la inmunoglobulina E para múltiples proteínas de alimentos;
- síndrome de enterocolitis inducido por proteínas alimentarias graves;
- trastornos eosinofílicos, como lo demuestran los resultados de una biopsia; y
- deterioro de la absorción de nutrientes causado por trastornos que afectan la superficie de absorción, la longitud funcional y la motilidad del tracto gastrointestinal.

La cobertura incluye los servicios Médicamente necesarios relacionados con la administración de la fórmula. Está sujeto a la orden escrita de un Proveedor participante. Debe ser para el tratamiento de un Miembro a quien se le diagnostica una de las condiciones mencionadas anteriormente. La cobertura de las fórmulas y los productos alimenticios especiales se proporciona sobre la misma base que cualquier otro medicamento con receta bajo este plan.

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 condición 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 ser elegible para participar en un ensayo clínico aprobado de acuerdo con el protocolo del ensayo con respecto al tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal, le deben aceptar en un Ensayo clínico aprobado (como se define a continuación) y debe contar con una Autorización previa o aprobación de Molina. Un ensayo clínico aprobado es uno que se encuentra en fase I, fase II, fase III o fase IV, que se realiza en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal y que cumple con una de las siguientes declaraciones:

- Uno o más de los siguientes organismos aprueba o financia el estudio: los Institutos Nacionales de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos, el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, el Departamento de Energía de los Estados Unidos o un organismo no gubernamental de investigación calificado e identificado en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para los subsidios de apoyo a los centros, o

- El estudio o la investigación se lleva a cabo bajo una nueva aplicación de medicamentos en investigación revisada por la FDA.
- El estudio es llevado a cabo por una junta de revisión institucional de una institución en este estado que tiene un acuerdo con la Oficina de Protección de los Seres Humanos que participan en Investigación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos;
- El estudio o investigación es un ensayo de medicamentos que está exento de tener tal aplicación de nuevos medicamentos en investigación.

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

Trastorno del espectro autista (ASD): Molina cubre el diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del espectro autista (ASD, en inglés), entre los que se incluyen el trastorno autista, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, como se define en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico. Molina cubre el tratamiento de los trastornos del espectro autista médicamente necesarios, incluido el análisis conductual aplicado (ABA, en inglés), recetado u ordenado por un proveedor.

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

- Las pruebas y los exámenes de cáncer preventivos (consulte la sección “Servicios médicos preventivos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Las pruebas de diagnóstico, laboratorio y procedimientos
- La evaluación dental, las radiografías, el tratamiento con fluoruro y las extracciones necesarias a fin de preparar la mandíbula del Miembro para la radioterapia contra el cáncer y otras enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello.

- Las mastectomías (extirpación de las mamas) y las disecciones de los ganglios linfáticos para el tratamiento contra el cáncer de mama.
- Los servicios relacionados con la mastectomía (consulte las secciones “Cirugía reconstructiva” y “Dispositivos protésicos y 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: Los servicios dentales y de ortodoncia proporcionados en virtud de este Acuerdo deben contar con Autorización previa y se limitan a lo siguiente:

- Servicios dentales para el tratamiento con radioterapia.
- Anestesia dental cuando sea médicamente necesaria.
- Servicios dentales y de ortodoncia para el paladar hendido.
- Servicios para tratar el Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ, en inglés) (Consulte la sección Síndrome de la Articulación Temporomandibular de este Acuerdo).
- Servicios dentales necesarios debido a una lesión accidental.

La teleodontología está cubierta para los beneficios cubiertos. Molina no proporciona servicios dentales para pacientes pediátricos bajo este Acuerdo.

Trauma dental: Molina cubre los servicios que son necesarios para el tratamiento o corrección de un defecto congénito; y Cirugía oral cubierta. Cirugía oral cubierta significa procedimientos quirúrgicos maxilofaciales limitados a:

- Escisión de neoplasias no dentales, incluidos tumores y quistes benignos y todas las lesiones y crecimientos malignos y premalignos;
- Incisión y drenaje del absceso facial;
- Procedimientos quirúrgicos que involucran glándulas y conductos salivales y procedimientos no dentales de los senos paranasales accesorios; y
- Reducción de la dislocación, escisión e inyección de la articulación temporomandibular, salvo que se excluya en el marco del Plan; y
- Eliminación de dientes impactados en el hueso completos.

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

- Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes cuando las proporciona un Proveedor participante
- Exámenes del ojo para diabéticos (exámenes retinianos dilatados)
- Materiales educativos fáciles de leer sobre la salud de las personas diabéticas.
- Terapia de nutrición médica en un ambiente de salud ambulatorio, internado o domiciliario.
- Entrenamiento para la autogestión de la diabetes del paciente ambulatorio.

- Atención médica rutinaria de los pies de los Miembros con diabetes (se incluye la atención para el cuidado de ojos de gallo, juanetes, callos o desbridamiento de las uñas).
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando se prescriben por un Proveedor participante que es podólogo
- Los Servicios médicos preventivos incluyen los siguientes:
 - Educación y autogestión de la diabetes.
 - Examen preventivo de diabetes (de tipo 2).
 - Detección de diabetes gestacional.
- Servicios de dietistas.
- Asesoramiento nutricional

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

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

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

Servicios de emergencia: Los Servicios de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los Miembros. Los Miembros que creen que están teniendo una emergencia deben llamar al 911 de inmediato e ir al Centro de emergencias más cercano. Al recibir los Servicios de emergencia, los Miembros deben presentar su Tarjeta de identificación del miembro. Los Miembros que no creen que necesitan Servicios de emergencia, pero que necesitan ayuda médica, deben llamar a la Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas o comunicarse con su PCP. Los Miembros no deben ir Sala de emergencias de un hospital si su afección no es una emergencia.

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

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

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

Los servicios prestados dentro de una sala de emergencia que no cumplan con la definición de Servicios de emergencia se consideran de no emergencia y no estarán cubiertos.

Según el proyecto de ley 1264 del Senado de Texas, un Proveedor fuera de la red que brindó Atención de emergencia, un Proveedor basado en un centro fuera de la red que prestó servicios en un centro dentro de la red y un Proveedor de imágenes de diagnóstico o servicio de laboratorio fuera de la red que prestaron servicios en relación con la atención dentro de la red, pueden no tener permitido facturar al Miembro por un monto mayor que el Copago, Porcentaje de copago o Deducible aplicables en virtud del Plan. El Copago, Porcentaje de copago y Deducible aplicables para dichos Servicios se basará en el monto inicialmente determinado como pagadero por Molina o un monto modificado según lo determine el proceso interno de apelación de Molina. Sin embargo, el Copago, Porcentaje de copago y Deducible del Miembro no se basará en ningún monto adicional que se determine que se debe al Proveedor fuera de la red en virtud del capítulo 1467 del Código de Seguros (relacionado con la Resolución de disputas por reclamos fuera de la red).

Traslado obligatorio a un hospital de Proveedores participantes Se necesita Autorización previa para obtener Servicios hospitalarios, excepto en el caso de un Servicio de emergencia. Servicios posteriores a la estabilización y otras excepciones identificadas en este Acuerdo. Para los Miembros que son admitidos en un centro de Proveedores no participantes para recibir Servicios de emergencia, Molina trabajará con el Miembro y su Proveedor para proporcionar transporte a un centro de Proveedores participantes. Si la cobertura del Miembro termina durante una estadía en el hospital, los servicios recibidos después de la fecha de terminación no son Servicios cubiertos.

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

Transporte médico de emergencia: El transporte médico de emergencia (ambulancia terrestre y aérea), o los servicios de transporte de ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia 911 están cubiertos cuando son Médicamente necesarios. Estos servicios están cubiertos solo cuando otros tipos de transporte pondrían en riesgo la salud o la seguridad del Miembro. El Transporte médico de emergencia proporcionado por Proveedores participantes o Proveedores no participantes está cubierto al costo compartido indicado en el Programa de Beneficios para el plan seleccionado.

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 Proveedor participante o por Proveedor no participante, en el caso de una emergencia.
- Cuidado de seguimiento por cualquier problema que pueda tener el Miembro al usar métodos anticonceptivos provistos por los proveedores de planificación familiar.
- Análisis de laboratorio, si se indican médicamente, como parte del proceso de decisión de los métodos anticonceptivos entre los que puede elegir el Miembro.
- Pruebas de embarazo y asesoramiento.

- Exámenes preventivos, pruebas y asesoramiento de personas en riesgo de HIV y remisiones para el tratamiento.
- Servicios de esterilización voluntaria, incluidas ligaduras de trompas (para mujeres) y vasectomías (para hombres).
- Cualquier otra consulta, examen, procedimiento y servicio médico ambulatorio que sea necesario para recetar, administrar, insertar, mantener o remover un dispositivo anticonceptivo, como los dispositivos intrauterinos (IUD, en inglés)

Servicios de recuperación de las habilidades: Molina cubre los servicios y los dispositivos autorizados de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus destrezas y tareas para continuar su vida diaria. Incluyen la fisioterapia, la terapia del habla, la terapia ocupacional y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos de pacientes internados y/o ambulatorios. Los servicios incluyen ciertas terapias para niños con retrasos en el desarrollo de acuerdo con la ley estatal y un plan de servicio familiar individualizado emitido por el Consejo Interinstitucional sobre Intervención Temprana en la Infancia en virtud del Capítulo 73 de Código de Recursos Humanos.

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.

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

- Hasta dos horas por visita de una enfermera, un trabajador social médico, un terapeuta físico, ocupacional o del habla
- Una visita es considerada de cuatro horas por visita por un asistente de salud en el hogar o representante de una agencia de salud en el hogar
- Hasta 60 visitas por año del plan (contando todas las visitas de salud en el hogar)

Servicios paliativos: Molina cubre los servicios de los centros de cuidado paliativo para los Miembros con enfermedades terminales (con una esperanza de vida de 12 meses o menos). Los Miembros pueden elegir el cuidado del centro de atención médica para pacientes terminales en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por este plan. Molina cubre los servicios de cuidados paliativos en el hogar Médicamente necesarios y una habitación semiprivada en un centro de cuidados paliativos.

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

Los servicios para pacientes internados Medicamente necesarios son generalmente y habitualmente proporcionados por hospitales generales de cuidados intensivos dentro de nuestro Área de servicio: Los Servicios cubiertos incluyen alojamiento y comida, atención de enfermería general, comidas y dietas especiales cuando sea médicamente necesario; uso del quirófano e instalaciones relacionadas; uso de la unidad y los servicios de cuidados intensivos; servicios de radiografía; laboratorio y otras pruebas de diagnóstico; servicios de fármacos, medicamentos, productos biológicos, anestesia y oxígeno; enfermería privada cuando sea médicamente necesario; radioterapia; terapia de inhalación; sangre completa, incluido el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo, que no son reemplazados por o para el afiliado; administración de sangre completa y plasma sanguíneo; y servicios de terapia de rehabilitación a corto plazo en el entorno hospitalario agudo; Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros, bandejas para invitados y artículos de conveniencia para el paciente.

Servicios de atención médica para pacientes internados: Molina cubre los servicios que cuentan con Autorización previa realizados, recetados o supervisados por médicos u otros profesionales de la salud, incluidos los servicios de atención médica de diagnóstico, terapéuticos, médicos, quirúrgicos, preventivos, con remisión y de consulta.

Análisis de laboratorio, servicios de radiología (radiografías) y servicios especializados de exploración (Pacientes internados y ambulatorios): Molina cubre los servicios de laboratorio, radiología (incluidos los servicios de radiografía y radiología terapéutica para pacientes ambulatorios) y los servicios de exploración en un Proveedor participante. Los servicios de exploración cubiertos pueden incluir exploraciones por tomografía computarizada (CT, en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés) y resonancia magnética (MRI, en inglés), con Autorización previa. Molina puede ayudar a los Miembros a seleccionar un centro apropiado para recibir estos servicios. La cobertura limitada para las radiografías dentales y las relacionadas con la ortodoncia, que son Médicamente necesarias, se detalla en la sección “Servicios dentales y de ortodoncia” de este Acuerdo. Los servicios están sujetos al Costo compartido del centro para pacientes ambulatorios o internados.

Servicios de salud mental (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, que incluyen servicios para el tratamiento de la disforia de género. Molina puede requerir autorización para la cobertura de servicios, incluidos los servicios para pacientes internados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. El proceso de autorización de revisión simultánea se aplica a todas las admisiones involuntarias. Consulte la sección “Revisión simultánea para pacientes internados” de este Acuerdo para obtener más información. Los beneficios y la cobertura para condiciones de salud mental se brindan bajo los mismos términos y condiciones aplicables a los beneficios y la cobertura médica y quirúrgica de Molina; y Molina no impondrá limitaciones de

tratamiento cuantitativas o no cuantitativas sobre los beneficios para una condición de salud mental que generalmente son más restrictivas que las limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas impuestas sobre la cobertura de beneficios por gastos médicos o quirúrgicos.

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

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

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

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

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

Fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias: Molina cubre las pruebas y el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU). Molina también cubre otros errores innatos del metabolismo que involucran aminoácidos. Esto incluye fórmulas y productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta prescrita por un Proveedor participante y administrada por un profesional de la salud con licencia. El tratamiento de la fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias será en la misma medida en que el plan proporcione cobertura para medicamentos que están disponibles solo bajo las órdenes de un médico. El profesional de la salud consultará con un médico especializado en el tratamiento de la enfermedad metabólica. La dieta debe ser considerada Médicamente necesaria para prevenir el desarrollo de discapacidades físicas o mentales serias o para promover el desarrollo o función normal.

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

La “Fórmula” es un producto entérico para su uso en el hogar que es prescrito por un Proveedor participante.

“Producto alimentario especial” es un producto alimenticio que es prescrito por un Proveedor participante para el tratamiento de la PKU. También se puede prescribir para otros errores innatos del metabolismo. Se utiliza en lugar de productos alimenticios normales, como los alimentos de la tienda de comestibles. No incluye un alimento que sea naturalmente bajo en proteína.

Otras fórmulas especializadas y suplementos nutricionales no están cubiertos.
(Se aplicará el Costo compartido de medicamentos con receta)

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

- Visitas al consultorio, que incluyen:
 - Suministros médicos asociados.
 - Consultas prenatales y postnatales.
- Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el Proveedor ya sea en el consultorio del médico o en un entorno para pacientes ambulatorios o internados.
- Procedimientos de diagnóstico, incluidas las colonoscopias, incluida una prueba de sangre oculta en heces realizada anualmente y una sigmoidoscopia flexible realizada cada 5 años, o una colonoscopia realizada cada 10 años; pruebas cardiovasculares, incluidos estudios de función pulmonar, aterosclerosis y detección de estructuras arteriales anormales para afiliados diabéticos y ciertos afiliados que tienen un riesgo médico documentado de desarrollar enfermedad coronaria; y procedimientos neurológicos/neuromusculares.
- Radioterapia (los Miembros pueden estar sujetos a Costos compartidos profesionales y del centro según el lugar del servicio)
- Exámenes de salud pediátricos y de adultos de rutina
- Inyecciones, pruebas y tratamientos contra las alergias.
- Exámenes de rutina y la atención prenatal proporcionados por un obstetra ginecólogo. Las Miembros pueden seleccionar un obstetra ginecólogo como su PCP. Las mujeres Dependientes tienen acceso directo a la atención obstétrica y ginecológica.
- Servicios ambulatorios proporcionados por otro médico.
- Servicios del médico especialista.
- Estudios del sueño. Es posible que se apliquen Costos compartidos del centro separados.

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

- Atención de maternidad ambulatoria, que incluye suministros Médicamente necesarios para un parto domiciliario.
- Servicios para complicaciones del embarazo, incluida aflicción fetal, diabetes gestacional y toxemia;
- Servicios de laboratorio
- Atención hospitalaria durante 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea. Las hospitalizaciones más largas requieren que la Miembro o su Proveedor notifiquen a Molina.

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

Interrupción del embarazo: Los abortos electivos no están cubiertos. Molina cubre los servicios de interrupción del embarazo en cumplimiento con las prohibiciones de Texas sobre la cobertura del aborto a menos que se deba a una emergencia médica según se define en el Capítulo 171.002 del Código de Salud y Seguridad. La emergencia médica en relación con la terminación del embarazo es una condición física potencialmente mortal agravada por, causada por o derivada de un embarazo que, según lo certificado por un médico, pone a la mujer en peligro de muerte o en riesgo grave de deterioro sustancial de una función corporal a menos que se realice un aborto.

Nota: Los condones para uso masculino están excluidos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y no están cubiertos por este Acuerdo.

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

- Elementos o servicios basados en la evidencia que tienen una calificación de “A” o “B” vigente en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Médicos Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, en inglés). Ingrese en el sitio web del USPSTF para obtener recomendaciones sobre servicios médicos preventivos en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/home>.
- Inmunizaciones de rutina para niños, adolescentes y adultos, según lo recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés).
- Con respecto a los lactantes, los niños y los adolescentes, esa atención preventiva informada de la evidencia y los exámenes de detección previstos en las directrices integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, en inglés); y
- Los servicios médicos preventivos y los exámenes previstos en las pautas integrales respaldadas por la HRSA, en la medida en que no estén ya incluidos en ciertas recomendaciones del USPSTF.
- De acuerdo con la ley estatal, los servicios preventivos incluyen:
 - Examen de sangre CA 125 para la detección del cáncer de ovario en mujeres de 18 años o más. Molina también cubre medicamentos y dispositivos anticonceptivos recetados aprobados por la FDA.
 - Mamografías anuales de dosis baja, incluida la tomosíntesis mamaria para mujeres mayores de 35 años de edad, que deben realizarse en las instalaciones de obtención de imágenes aprobadas designadas. El límite de edad no se aplica a las pruebas de diagnóstico. Las imágenes de diagnóstico tienen por objeto determinar la presencia o ausencia de enfermedad.

- Una mamografía de dosis baja anual para la presencia de cáncer de mama oculto en personas de 35 años o más. El límite de edad no se aplica a las imágenes de diagnóstico. Las imágenes de diagnóstico tienen por objeto determinar la presencia o ausencia de enfermedad.
- Un mamograma de diagnóstico por imágenes es un examen de imágenes que usa mamografías, imágenes de ultrasonido o imágenes de resonancia magnética y que está diseñado para evaluar:
 - una anomalía subjetiva u objetiva detectada por un médico o paciente en un seno;
 - una anomalía vista por un médico en una mamografía de detección;
 - una anomalía previamente identificada por un médico como probablemente benigna en un seno para la cual un médico recomienda imágenes de seguimiento; o
 - una persona con antecedentes personales de cáncer de mama o tejido mamario denso.
- Exámenes de detección de la audición (que incluyen pruebas de detección de la audición desde el nacimiento hasta la fecha en que el niño tiene 30 días de edad, consulte la sección “Servicios auditivos” para obtener beneficios adicionales donde puede aplicarse la participación en los costos)
- Administración de una prueba de detección para recién nacidos, incluido el costo de un kit de prueba por el monto requerido por el Código de Salud y Seguridad §33.019.
- Exámenes de cáncer colorrectal, servicios preventivos y pruebas de laboratorio con una calificación "A" o "B" del Grupo de Trabajo de Servicios Médicos Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, en inglés) y colonoscopia de seguimiento si los resultados de la colonoscopia, prueba o procedimiento inicial fueron anormales.

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

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

Dispositivos protésicos y ortóticos, implantados internamente o externos: Molina cubre la parte interna y

Dispositivos implantados internamente:

- Implantes cocleares.
- Articulaciones de cadera.
- Lentes intraoculares.

- Dispositivo auditivo oseointegrado.
- Marcapasos.

Dispositivos externos:

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

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

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

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

Molina no cubre aparatos ortóticos que enderecen o den nueva forma a una parte del cuerpo. Algunos ejemplos incluyen productos ortóticos para los pies, bandas craneales y algunos tipos de soportes, incluidos aparatos ortóticos sin receta médica. Sin embargo, se cubren los soportes que estabilizan una parte del cuerpo lesionada y los soportes para tratar la curvatura de la columna vertebral.

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

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, de modo que una intervención quirúrgica es necesaria para mejorar la función.
- Extirpación de toda una mama o parte de ella (mastectomía), reconstrucción de la mama después de una mastectomía. Medicamento necesaria, cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica después de la reconstrucción de una mama y tratamiento de las complicaciones físicas, incluidos los linfedemas.
- Para un niño menor de 18 años, Molina cubre una cirugía reconstructiva para anomalías craneofaciales. Dicha cobertura incluye cirugía para mejorar la función o para intentar crear una apariencia normal de una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, trauma, tumores, infecciones o enfermedades.

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 del Miembro. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, terapia del habla y rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos de pacientes internados y/o ambulatorios. Los servicios incluyen ciertas terapias para niños con retrasos en el desarrollo de acuerdo con la ley estatal y un plan de servicio familiar individualizado emitido por el Consejo Interinstitucional sobre Intervención Temprana en la Infancia en virtud del Capítulo 73 de Código de Recursos Humanos.

Centro de enfermería especializada: Molina cubre 25 días por año calendario en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) para un Miembro si el SNF es un Proveedor participante y los servicios cuentan con Autorización previa antes de comenzar. Entre los servicios de SNF cubiertos, se incluyen los siguientes:

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

Trastornos por consumo de sustancias (Pacientes internados y ambulatorios): Molina cubre el tratamiento Médico necesario del trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados y ambulatorios. La cobertura para pacientes internados, en un hospital que sea un Proveedor participante, solo está cubierta para el manejo médico de los síntomas de la abstinencia. Molina puede requerir autorización para la cobertura de servicios, incluidos los servicios para pacientes internados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. Molina cubre la siguiente atención ambulatoria para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias:

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

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

Los beneficios y la cobertura para trastorno por consumo de sustancias se brindan bajo los mismos términos y condiciones aplicables a los beneficios y la cobertura médica y quirúrgica de Molina; y Molina no impondrá limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas sobre los beneficios para trastorno

por consumo de sustancias que generalmente son más restrictivas que las limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas impuestas sobre la cobertura de beneficios por gastos médicos o quirúrgicos.

Cirugía (pacientes internados, ambulatorios y ambulatorios): Molina cubre los servicios de atención médica y hospitalaria para pacientes internados, que incluyen (entre otros) servicios quirúrgicos; a continuación se enumeran los servicios quirúrgicos cubiertos cuando se brindan en un centro Proveedores participantes. Consulte Servicios hospitalarios para pacientes internados y Servicios médicos para pacientes internados para conocer los servicios cubiertos adicionales. Se requiere Autorización previa. Los servicios quirúrgicos para pacientes internados incluyen:

- Servicios de anestesia y oxígeno
- Medicamentos antineoplásicos.
- Pruebas de diagnóstico.
- Planificación del alta.
- Atención de enfermería general.
- Terapia de inhalación
- Medicamentos para pacientes internados, medicamentos, productos biológicos, anestesia y servicios de oxígeno.
- Comidas y dietas especiales cuando sean médicamente necesarias
- Quirófano e instalaciones relacionadas (que incluyen alojamiento y comida).
- Atención privada de enfermería cuando sea médicamente necesario
- Radioterapia.
- Servicios de terapia de rehabilitación a corto plazo en el entorno hospitalario agudo.
- Uso de la unidad y los servicios de cuidados intensivos.
- Sangre y plasma, incluyendo el costo de sangre, plasma sanguíneo, expansores de plasma sanguíneo y administración de sangre completa y plasma sanguíneo
- Servicios de radiografía.

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

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

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

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

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

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

Los Servicios cubiertos para el TMJ incluyen, entre otros:

- Tres visitas por año calendario para lo siguiente:
 - El tratamiento médico no quirúrgico Medicamente necesario de la TMJ, incluida la cobertura de dispositivos de terapia de férulas intraorales recetados;
 - El tratamiento quirúrgico y artroscópico de la TMJ si los antecedentes previos demuestran que el tratamiento médico conservador ha fracasado.

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

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

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

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

- Examen integral de la vista limitado a uno por año calendario.

- Anteojos limitados a un par cada año calendario.
- Lentes de contacto limitados a un par de tipo estándar cada año calendario, en lugar de anteojos.
- Lentes de contacto Medicamento necesarios para condiciones médicas especificadas.

Los dispositivos ópticos para la visión deficiente están cubiertos e incluyen servicios, entrenamiento e instrucción para la vista deficiente para maximizar la visión utilizable restante. El cuidado de seguimiento se cubre cuando los servicios son Medicamento necesarios y si se obtiene una Autorización previa. 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 del plan. Los medicamentos cubiertos incluyen medicamentos de venta libre (OTC, en inglés) y medicamentos recetados como se detalla. Además, Molina cubre medicamentos pedidos o entregados en un centro participante cuando se proporcionan en relación con un Servicio cubierto. Molina cubre los medicamentos administrados por vía oral contra el cáncer que se usan para matar o frenar el crecimiento de células cancerosas en la misma base que los medicamentos para el cáncer inyectados o por vía intravenosa. Molina cubre surtidos de emergencia de insulina y suministros relacionados. Se aplican las mismas reglas de cobertura de medicamentos que los surtidos que no son de emergencia. Es posible que se requiera una Autorización previa para que se cubran ciertos medicamentos. Un Proveedor legalmente autorizado para escribir recetas médicas, también conocido como Recetador, puede solicitar una Autorización previa en nombre de un Miembro, y Molina notificará al Miembro y al Proveedor si la solicitud se aprueba o deniega, según la revisión de la Necesidad médica.

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

Molina no negará el reembolso a un farmacéutico por la prestación de un servicio o procedimiento dentro del alcance de la licencia del farmacéutico para ejercer la farmacología bajo el Subtítulo J, Título 3, del Código de Ocupaciones, que: estaría cubierto por el Acuerdo u otro Acuerdo de cobertura si el servicio o procedimiento fue proporcionado por: un médico, una enfermera de práctica avanzada o un asistente médico; y es realizada por el farmacéutico en estricto cumplimiento de las leyes y normas relativas a: la prestación del servicio o procedimiento; y la licencia del farmacéutico.

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 está disponible para los miembros en MolinaMarketplace.com o llamando al Departamento de Servicios para Miembros de Molina; también puede obtener 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 registrada nuevos en el mercado. Molina no elimina medicamentos del Formulario de medicamentos durante el año del plan. Si se suspenden los medicamentos, Molina notificará al Miembro 60 días antes de la discontinuidad de un medicamento recetado concurrente o infusión intravenosa. Si se modifica la cobertura de medicamentos, Molina enviará un aviso al Miembro 60 días antes de la modificación.

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

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

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

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

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

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

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

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

- 24 horas después de la recepción de una apelación de una solicitud de excepción acelerada denegada.
- 72 horas después de la recepción de una apelación de una solicitud de excepción estándar denegada.
- Además, el Miembro, su representante o el Recetador pueden solicitar que una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés) revise la decisión de cobertura de Molina. El Miembro o su representante y el Recetador recibirán una notificación de la decisión de la IRO en los siguientes plazos máximos: 24 horas después de la recepción de una apelación de una solicitud de excepción acelerada denegada.
- 72 horas después de la recepción de una apelación de una solicitud de excepción estándar denegada.

Solicitud de una Excepción de terapia escalonada: Los proveedores que recetan pueden solicitar una Excepción de terapia escalonada en nombre de un Miembro. Los recetadores pueden enviar al Departamento de Farmacia de Molina un “Formulario de autorización previa estándar de Texas para medicamentos recetados” para solicitar una Excepción de terapia escalonada.

Molina otorgará una Excepción de terapia escalonada si sus revisores determinan que la información de respaldo muestra cualquiera de los siguientes:

- El Miembro tiene una contraindicación médica para los medicamentos requeridos
- Es probable que los medicamentos requeridos causen una reacción adversa clínicamente predecible si el Miembro los toma.
- Se espera que el medicamento requerido sea ineficaz según las características clínicas documentadas del Miembro.
- El Miembro probó el medicamento requerido, un medicamento relacionado o un medicamento que funciona de manera similar y lo suspendió debido a la falta de eficacia, pérdida de efecto o evento adverso.
- El miembro está establecido en el medicamento como un tratamiento actual con documentación de un resultado terapéutico positivo y el cambio al medicamento requerido probablemente causará reacciones adversas o daños clínicamente predecibles.
 - Establecido en el medicamento significa que el Miembro ha recibido beneficios para el medicamento bajo el beneficio del plan de salud actualmente vigente o bajo un plan de beneficios de salud anterior
 - Los ensayos de muestras de medicamentos de un Recetador o de un fabricante de medicamentos no se considerarán como tratamiento en curso.

- La información médica de respaldo muestra claramente que los medicamentos requeridos no son lo mejor para el Miembro, porque es probable que:
 - Presente una barrera para la adherencia al plan de tratamiento, o
 - Afecte negativamente la condición comórbida de un miembro, o
 - Cause una interacción farmacológica negativa clínicamente predecible, o
 - Disminuya la capacidad del Miembro para lograr o mantener una capacidad funcional razonable en el desempeño de las actividades diarias

Después de recibir toda la información necesaria del proveedor del Miembro, Molina notificará al proveedor tratante del miembro sobre la aprobación o denegación de la solicitud:

- Dentro de las 72 horas para solicitudes estándar, y
- Dentro de las 24 horas para solicitudes urgentes

Se aplican plazos de excepción urgentes cuando un Miembro experimenta una situación de salud relacionada que puede poner en peligro grave su vida, su salud o su capacidad para recuperar su función máxima.

Si se deniega la solicitud, Molina enviará una carta al Miembro y a su Recetador. La carta explicará el motivo por el que se denegó el medicamento o producto. El Recetador puede solicitar una charla con los revisores de Molina para hablar sobre la denegación. Si el Miembro no está de acuerdo con la denegación, el mismo o el Recetador pueden apelar la decisión de Molina.

Costos compartidos: Molina ubica los medicamentos en diferentes niveles, denominados categorías, según su desempeño a la hora de mejorar la salud y su valor en comparación con otros tratamientos similares. El beneficio de farmacia del Plan tiene seis categorías de costos compartidos. Para las Categorías 1 a 4, cuanto más bajo sea el Nivel, menor será el costo compartido del Miembro. En el Programa de Beneficios, se puede consultar el Costo compartido del Miembro para un suministro de un mes, sobre la base de estas categorías. Molina no requerirá que el Miembro haga un pago por un medicamento recetado mayor que el monto de reclamo permitido de copago aplicable o el precio en efectivo, lo que sea menor. A continuación, encontrará más detalles sobre los medicamentos que se encuentran en cada categoría.

Categoría de medicamento	Descripción
Medicamentos preventivos	Medicamentos y formas de dosificación de servicios médicos preventivos reconocidos a nivel nacional, y medicamentos y dispositivos de planificación familiar (es decir, anticoncepción) con \$0 de costo compartido.
Medicamentos genéricos preferidos	Medicamentos genéricos preferidos: menor costo compartido.
Medicamentos de marca preferidos	Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos.
Medicamentos genéricos y de marca no preferidos	Medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos; mayor costo compartido que los medicamentos de categoría inferior que se utilizan para tratar las mismas afecciones
Medicamentos especializados genéricos y de marca	Todos los Medicamentos especializados, de marca y genéricos: mayor costo compartido que los medicamentos de categoría inferior a se utilizan para tratar las mismas enfermedades, si están disponibles. Según las normas estatales, los miembros pueden elegir qué farmacia usar dentro de la red de farmacias especializadas.
DME	Equipo médico duradero (“DME”, en inglés): se aplica un costo compartido; el porcentaje de coseguro del DME determina el costo compartido de algunos productos no farmacológicos incluidos en el Formulario.

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

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

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

Gotas para los ojos para tratar enfermedades oculares crónicas: El sistema farmacéutico de Molina le permitirá al Miembro obtener reposiciones para gotas para los ojos para tratar enfermedades y afecciones oculares crónicas a intervalos de 21 días, 43 días y 63 días.

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. Molina también cubre equipos y suministros para diabéticos nuevos o mejorados, incluyendo insulina mejorada u otro medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y medicamentos de los Estados Unidos. También están cubiertos los sistemas de administración de insulina mediante lapiceros seleccionados.

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

Límite de suministro diario: Aunque los Proveedores determinan la cantidad de medicamentos, suministros de productos o suplementos a recetar, Molina solo puede cubrir un mes de suministro a la vez para determinados productos. El Formulario indica “CORREO” para los artículos que pueden estar cubiertos con un suministro para tres meses a través de un servicio de farmacia por correo contratado. Las cantidades que superan los límites de suministro diario del Formulario no están cubiertas, con pocas excepciones. Molina cubre insulina de acción corta, intermedia y prolongada con un \$25 por límite de suministro de 30 días de cada insulina que surta.

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

Centro de atención para el Programa Requerido de Medicamentos Administrados por el Proveedor: Para los Medicamentos administrados por el proveedor que requieren Autorización previa, cuando se cumplen los criterios de cobertura para el medicamento, se utiliza una política de centro de atención para determinar la necesidad médica del centro de atención solicitado. Sitio de atención significa el lugar físico de inyección o administración de infusión de un medicamento para una condición especializada. Molina

cubre medicamentos inyectables e infundidos en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en una sala de infusión afiliada a un hospital cuando se determina que el nivel de atención es médicamente necesario. Para revisar 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 la solicita para identificar un centro de infusión, un consultorio médico o un servicio de infusión en el hogar dentro de la red, y ayudará al Miembro a coordinar y hacer la transición a través de la administración de casos.

Terapia escalonada y consideraciones para medicamentos que requieren una autorización previa:

Nuestro Director de Farmacia y/o nuestro Director Médico revisará los criterios médicos generales y trabajarán en conjunto con el proveedor de recetas. Al revisar la solicitud se pueden tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Diagnóstico y afecciones médicas concurrentes relevantes,
- edad y sexo,
- alergias,
- Razones clínicas para seleccionar el medicamento,
- si la afección que se está tratando es coherente con las indicaciones aprobadas por la FDA y/o cumple los criterios aprobados para un uso seguro,
- el resultado esperado de la terapia y los métodos a ser utilizados para medir el resultado,
- duración prevista de la terapia,
- experiencia previa con este medicamento, si existe,
- terapia farmacológica previa, respuestas a los medicamentos y efectos adversos,
- terapia farmacológica concurrente,
- historial de cumplimiento,
- la familiaridad de quien extiende sus recetas con el medicamento,
- rentabilidad del medicamento en los costos generales de la atención sanitaria, y
- si el Miembro ha intentado o no un suministro adecuado de medicamentos del formulario y ha fracasado.

No se aplica a los medicamentos recetados asociados con el tratamiento del cáncer avanzado y metastásico en estadio cuatro ni a las afecciones asociadas.

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

Medicamentos contra el cáncer: Molina cubre los costos razonables de medicamentos contra el cáncer y su administración. Las solicitudes de Autorización previa para medicamentos que se usarán fuera de lo indicado por la FDA (es decir, usos fuera de la etiqueta) se revisan según Necesidad médica. Estas

solicitudes se revisan con respecto a las recomendaciones estándar para el uso del medicamento y para el tipo de cáncer que se está tratando. No se deniega ninguna solicitud únicamente sobre la base del uso fuera de lo indicado por la FDA. Los medicamentos con los que los Proveedores tratan a los Miembros estarán sujetos al Costo compartido especificado para la quimioterapia, según el beneficio médico del sitio donde se administra el tratamiento. Los medicamentos que los Miembros reciben en las farmacias estarán sujetos al Costo compartido especificado en el beneficio de farmacia. Consulte el Programa de Beneficios para conocer el Costo compartido aplicable. La mayoría de los nuevos medicamentos contra el cáncer requieren un manejo y educación especiales y se consideran parte de la categoría de Medicamentos especializados de marca y genéricos bajo el beneficio de farmacia. Ciertos medicamentos contra el cáncer están cubiertos por un programa de surtido parcial. Las farmacias de la red pueden dispensar los primeros surtidos de los medicamentos contra el cáncer recién iniciados de medio mes a la vez hasta que los Miembros estén estables con el medicamento y la dosis.

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

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

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

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

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

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

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

Servicios auditivos: Cubrimos audífonos que se limitan a un audífono por cada oído cada tres años, incluyendo servicios de ajuste y suministro. Además, la cobertura también incluye el suministro de moldes de oído según sea necesario para mantener un ajuste óptimo de los audífonos; tratamientos relacionados, incluyendo la habilitación y rehabilitación necesarias para obtener beneficios educativos. También cubrimos dispositivos implantados internamente, como se describe en la sección “Dispositivos protésicos y ortopédicos”. Consulte el Programa de Beneficios para obtener información sobre el monto del copago.

Cubrimos lo siguiente:

- Exámenes de audición de rutina que son servicios de atención preventiva: sin cargo
Lo que incluye una prueba de detección para la pérdida de audición desde el nacimiento hasta la fecha en que el niño tenga 30 días de edad, según lo dispuesto en el Capítulo 47, Código de Salud y Seguridad

Atención de seguimiento de diagnóstico necesaria relacionada con la prueba de detección desde el nacimiento hasta la fecha en que el niño tiene 24 meses de edad: Se aplica el Costo compartido.

EXCLUSIONES

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

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

Tratamiento conductual aplicado: Molina no cubre el tratamiento conductual aplicado, incluidos, entre otros, el análisis conductual aplicado y las intervenciones conductuales intensivas, excepto según lo exija la ley estatal.

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

Cirugía bariátrica: La cirugía bariátrica no está cubierta. 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: Los siguientes no están cubiertos, a menos que un Proveedor participante indique que los servicios son Médicamente necesarios.

- Exámenes físicos y otros servicios que son:
 - Requeridos para obtener o mantener empleo o participación en programas de empleados.
- Requeridos para obtener un seguro o licencia, o
- Requeridos por orden judicial o requeridos para libertad bajo fianza o libertad condicional.

Esta exclusión no se aplica si un médico Proveedor participante determina que los servicios son Médicamente necesarios.

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

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

Dietista: El servicio de un dietista no es un servicio cubierto excepto en virtud de las siguientes secciones:

- Atención médica para pacientes terminales
- Servicios de diabetes
- Trastorno del espectro autista

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

Suministros desechables: No se cubren los suministros desechables para el uso en el hogar, como vendas, gasa, cinta, antisépticos, vendajes, vendas Ace y pañales, protectores absorbentes y otros suministros para la incontinencia.

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

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

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

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

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

Artículos y servicios (como cirugía de los ojos o lentes de contacto para remodelar el ojo) para corregir defectos refractivos del ojo como miopía, hiperopía o astigmatismo, excepto aquellos Servicios cubiertos enumerados en “Servicios de visión pediátrica” en la sección “Qué cubre mi plan”.

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 y tratamientos alternativos: No cubrimos tratamientos alternativos incluyendo, entre otros, terapia de masaje, aromaterapia, o hipnoterapia.

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

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

- Entrenamiento académico o tutoría para habilidades como gramática, matemáticas y manejo del tiempo
- Terapia acuática y otras terapias del agua.
- Pruebas educativas
- Artículos y servicios que aumentan el conocimiento o las habilidades académicas
- Cursos de crecimiento profesional
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación como la planificación de actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas

- Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia
- Enseñar arte, danza, montar a caballo, música, tocar instrumentos o nadar
- Enseñanza de modales y cordura
- Habilidades de enseñanza para empleo o propósitos vocacionales
- Enseñar al Miembro a leer, si tiene o no dislexia
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral
- Formación profesional o enseñanza de habilidades profesionales

Nutrición oral: Nutrición oral ambulatoria, como suplementos dietéticos o nutricionales, fórmulas especializadas, suplementos, suplementos herbarios, ayudas para la pérdida de peso, fórmulas y alimentos.

Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes:

- Fórmulas y productos alimenticios especiales cuando se prescriben para el tratamiento de la fenilcetonuria u otros errores innatos del metabolismo que involucran aminoácidos, de conformidad con la sección “Fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias” de la presente EOC.

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

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

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

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

Servicios prestados fuera del Área de servicio: Excepto como se indica en este Acuerdo, no se cubren los servicios y suministros proporcionados a un Miembro fuera del Área de servicio, lugar al que el Miembro viajó con el fin de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos. Además, tampoco se cubre la atención médica primaria, la atención médica preventiva, la atención primaria, el cuidado especializado y los servicios para pacientes internados cuando se suministran fuera del Área de servicio.

Cuando la muerte ocurre fuera de los Estados Unidos, no se cubre la evacuación médica ni la repatriación de los restos. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente para obtener más información.

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

Servicios relacionados a 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 Medicamente necesarios para las complicaciones de un Servicio no cubierto. Si, más tarde, un Miembro sufre una complicación potencialmente mortal, como una infección grave, esta exclusión no aplica. Molina cubrirá cualquier servicio que, en otra circunstancia, cubriría para tratar esa complicación.

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

Sustitución: Los servicios para cualquier persona en relación con un contrato de sustitución, excepto los Servicios cubiertos de otra manera proporcionados a un Miembro que es un sustituto. Un acuerdo de sustitución es uno en el que una mujer (sustituta) se compromete a quedar embarazada y a entregar al bebé a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño.

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

Servicios atención de la vista: Molina no cubre lo siguiente, excepto como se indica en la Sección de servicios de la vista pediátricos:

- Anteojos, marcos de anteojos, todo tipo de lentes de contacto o lentes correctivos
- Ejercicios oculares, entrenamiento visual, ortóptica, terapia de integración sensorial
- Queratotomía radial, cirugías con láser y otras queratoplastias refractivas
- Refracciones (pruebas para determinar si se necesitan anteojos y, de ser así, qué receta)

RECLAMOS

Presentación de un Reclamo: Los proveedores deben presentar oportunamente ante Molina los reclamos por Servicios cubiertos prestados a los Miembros. Todos los reclamos deben presentarse en un formulario aprobado por Molina y deben incluir la historia clínica completa relacionada con el reclamo, si lo solicita Molina o, de otro modo, lo requieran las políticas y los procedimientos de Molina. Los reclamos deben ser presentados por el Miembro o Proveedor a Molina dentro de los 365 días calendario después de que haya ocurrido lo siguiente: alta por servicios para pacientes internados o la fecha de servicio de servicios para pacientes ambulatorios; y al Proveedor se le ha proporcionado el nombre y la dirección correctos de Molina. Si Molina no es el pagador principal según la coordinación de beneficios o la responsabilidad de terceros, el Proveedor debe presentar los reclamos a Molina dentro de los 30 a 45 días calendario posteriores a la determinación final del pagador principal. Salvo que la ley estatal disponga lo contrario, los reclamos que no sean presentados a Molina dentro de estos plazos no son elegibles para el pago y el Proveedor renuncia a cualquier derecho de pago.

Procesamiento de Reclamos: El pago de los reclamos se hará a los Proveedores participantes de acuerdo con las disposiciones de cronología establecidas en el contrato del Proveedor. A menos que el Proveedor y Molina hayan acordado por escrito un cronograma de pago alternativo, Molina pagará al Proveedor el servicio dentro de los 30 a 45 días calendario posteriores a la recepción de un reclamo presentado con toda la documentación médica pertinente y que cumpla con las pautas y los requisitos de facturación de Molina. La fecha de recepción de un reclamo es la fecha en que Molina recibe el aviso escrito o electrónico del reclamo.

Pago de Molina: Algunos Proveedores participantes de Molina reciben un monto fijo por cada mes que el Miembro se encuentra bajo su cuidado, ya sea que el Miembro vea al Proveedor o que no lo haga. Algunos Proveedores trabajan a través de un pago por cada servicio, lo que significa que reciben un pago por cada servicio que brindan. Es posible que algunos Proveedores reciban incentivos por brindar atención médica preventiva de calidad. Molina no ofrece incentivos financieros para las decisiones de gestión de utilización que podrían dar lugar a denegaciones de autorización o subutilización. Para obtener más información sobre cómo se paga a los proveedores, los Miembros pueden llamar al Centro de Apoyo al Cliente. Los Miembros también pueden llamar al consultorio de un Proveedor o su grupo médico para obtener esta información.

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

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

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

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

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

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

QUEJAS Y APELACIONES

AVISO DE NÚMERO ESPECIAL DE QUEJAS GRATUITO.

PARA PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PRIVADO, UN CENTRO DE TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA QUÍMICA O SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS O DE DEPENDENCIA QUÍMICA EN UN HOSPITAL GENERAL, LLAME A: 1-800-832-9623. LA QUEJA DEL MIEMBRO SE REMITIRÁ A LA AGENCIA ESTATAL QUE REGULA EL HOSPITAL O EL CENTRO DE TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA QUÍMICA

Procedimiento de quejas y apelaciones para Miembros: El procedimiento de quejas y apelaciones de Molina es supervisado por la Unidad de Quejas y Apelaciones de Molina. Su objetivo es resolver las cuestiones y preocupaciones de los Miembros. Le proporcionaremos al Miembro una copia escrita de nuestro proceso de quejas y apelaciones a petición. Nunca tomaremos represalias contra un Miembro de ninguna manera por presentar una reclamación o apelación. A los efectos de esta sección, cualquier referencia a “Miembro” también se refiere a un representante o proveedor de atención médica designado por usted para actuar en su nombre, a menos que se indique lo contrario.

Quejas o reclamaciones: Queja y reclamación son sinónimos y es cualquier insatisfacción que el Miembro tenga con Molina o con cualquier Proveedor participante que no esté relacionada con la negación de servicios de salud. Por ejemplo, el Miembro puede estar insatisfecho con las horas de disponibilidad de su médico. Las cuestiones relacionadas con la denegación de los servicios de atención médica son Apelaciones, y deben ser presentadas a Molina o al Departamento de Seguros de Texas de la manera descrita en la sección Apelaciones internas más abajo.

Si el Miembro tiene un problema con cualquier servicio de Molina Healthcare:

- Llame a Servicio al Cliente de Molina
- El Miembro también puede enviarnos el problema o queja por escrito o por correo o presentando su queja en línea en nuestro sitio web.

Molina Healthcare of Texas
Attn: Member Complaints & Appeals
[PO Box 182273
Chattanooga, TN 37422]

Molina reconoce el hecho de que puede no siempre estar satisfecho con la atención y los servicios prestados por nuestros médicos, hospitales y otros proveedores contratados. Un Miembro puede presentar una reclamación (también llamada queja) en persona, por escrito o por teléfono como se describe anteriormente. Molina también proporcionará servicios de idiomas orales que incluyen responder preguntas en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés y proporcionar asistencia para presentar reclamos y apelaciones (incluida la revisión externa) en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés. El Miembro puede solicitar que cualquier aviso de Molina se proporcione en cualquier idioma aplicable que no sea inglés. Con respecto a cualquier condado de Texas al que se envía un aviso, un idioma que no sea

el inglés es un idioma aplicable si el diez por ciento (10 %) o más de la población que reside en el condado está alfabetizado solo en el mismo idioma no inglés según lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés).

Molina le enviará una carta acusando recibo de la reclamación dentro de los 5 días siguientes a la recepción de la solicitud. Las reclamaciones serán resueltas dentro de treinta (30) días calendario a partir de la recepción de la queja. Una queja o reclamación relacionada con el desacuerdo o la insatisfacción con una Determinación adversa constituye una apelación de esa Determinación adversa. Las apelaciones de Determinaciones adversas se resolverán como se indica a continuación.

Apelación de Resolución de quejas: Si un Miembro no está satisfecho con la resolución, el Miembro puede apelar esa resolución por escrito. El Miembro tiene el derecho de presentarse en persona ante un panel de apelación de la queja o dirigir una apelación por escrito al panel de apelación de la queja. Molina le enviará una carta de acuse de recibo al Miembro a más tardar el quinto día hábil después de recibir su solicitud de apelación por escrito. Molina completará el proceso de apelaciones a más tardar el día calendario 30 después de la fecha en que se reciba la solicitud de apelación por escrito.

Si el Miembro apela su resolución de queja, Molina designará a los miembros de un panel de apelación de quejas para que nos asesoren sobre la resolución de una decisión impugnada apelada. El panel de apelación de quejas estará compuesto por un número igual de miembros del personal de Molina, médicos u otros proveedores, y afiliados. Un miembro de un panel de apelación de quejas puede no haber estado previamente involucrado en la decisión en disputa. Los médicos u otros proveedores en un panel de apelación de quejas tendrán experiencia en el área de atención que está en disputa y deben ser independientes de cualquier médico o proveedor que haya hecho cualquier determinación previa. Si la atención especial está en disputa, el panel de apelación de quejas incluirá a una persona que es un médico especialista en el campo de la atención a la que se relaciona la apelación. Los miembros afiliados de un panel de apelación de quejas no serán empleados de Molina.

Quejas relacionadas con una emergencia o una denegación de hospitalización continua: Molina investigará y resolverá una queja relacionada con una emergencia o la denegación de hospitalización continua a más tardar en un (1) día hábil.

Molina investigará y resolverá una apelación de queja relacionada con una emergencia en curso o la denegación de hospitalización continua deberá concluir:

- de conformidad con la inmediatez médica o dental del caso; y
- a más tardar un (1) día hábil después de que se reciba la solicitud de apelación del demandante.

Debido a la emergencia en curso o a la hospitalización continua y a pedido del Miembro, Molina proporcionará, en lugar de un panel de apelación de quejas, una revisión por parte de un médico o proveedor que:

- No haya revisado previamente el caso; y
- Es de la misma especialidad o similar que el médico o proveedor que normalmente manejaría la afección médica, el procedimiento o el tratamiento bajo revisión en la apelación.

El médico o proveedor que revisa la apelación puede entrevistar al paciente o al representante designado por el paciente y decidirá la apelación. El médico o proveedor puede entregar oralmente el aviso inicial de la decisión sobre la apelación si el médico o proveedor posteriormente proporciona un aviso por escrito de la decisión a más tardar el tercer día después de la fecha de la decisión. La investigación y resolución de una apelación después de que se haya brindado atención de emergencia se llevará a cabo de conformidad con la ley estatal, incluido el derecho de revisión por parte de un panel de apelación de quejas.

Quejas al TDI: Un Demandante también tiene derecho a presentar una queja ante el TDI poniéndose en contacto con el TDI en la siguiente dirección, número de teléfono o sitio web:

Departamento de Seguros de Texas

Consumer Protection

MC: CO-CP, Texas Department of Insurance

P. O. Box 12030

Austin, TX 78711-2030

1-800-252-3439

Fax: 512-490-1007

En línea: www.tdi.texas.gov

Determinaciones adversas: Una "**Determinación adversa**" significa una determinación por parte de Molina de que los servicios de atención médica proporcionados o propuestos para ser proporcionados a un Miembro no son Médicamente necesarios o son experimentales o de investigación. El término "Determinación adversa" no incluye la denegación de los servicios de salud debido a que no se ha solicitado una revisión prospectiva o concurrente de la utilización. La rescisión de la cobertura también es una Determinación adversa. Una rescisión no incluye la terminación de la cobertura por razones relacionadas con el no pago de la prima.

Molina notificará una determinación adversa de la siguiente manera:

- Con respecto a un paciente hospitalizado en el momento de la determinación adversa, en el plazo de un día hábil por teléfono o transmisión electrónica al proveedor de registros, seguido de una carta en un plazo de tres días hábiles en la que se notifica al paciente y al proveedor del registro de la determinación adversa;
- Con respecto a un paciente que no está hospitalizado en el momento de la determinación adversa, dentro de tres días hábiles por escrito al proveedor de registros y al paciente; o
- Dentro del tiempo apropiado a las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios al paciente y a la condición del paciente, siempre y cuando se deniegue la atención post estabilización sucesiva al tratamiento de emergencia, como lo solicite un médico tratante u otro proveedor de atención médica, el agente deberá proporcionar la notificación al médico tratante u otro proveedor de atención médica a más tardar una hora después de la hora de la solicitud.

El aviso de una determinación adversa incluirá:

- Las principales razones de la determinación adversa;
- La base clínica para la determinación adversa;
- Una descripción o la fuente de los criterios de selección utilizados como directrices para la determinación adversa;
- La especialidad profesional del médico u otro proveedor de atención médica que hizo la determinación adversa;
- Una descripción del procedimiento para el sistema de quejas de la URA, según lo dispuesto en el apartado §19.1705 de este título (relativo a las Normas generales de revisión de la utilización);
- Una descripción del proceso de apelación de la URA, según lo dispuesto en el apartado §19.1711 de este título (relativo a los Procedimientos escritos para la apelación de la determinación adversa);
- Una copia de la solicitud de revisión mediante un formulario IRO, disponible en www.tdi.texas.gov/forms;

- Aviso del proceso de revisión independiente con instrucciones que:
 - La solicitud de una revisión por un formulario IRO debe ser completado por el afiliado, una persona que actúe en nombre del afiliado, o el proveedor de registros del afiliado y ser devuelta a la compañía aseguradora o URA que hizo la determinación adversa de comenzar el proceso de revisión independiente; y
 - La divulgación de información médica a la IRO, que se incluye como parte de la solicitud de revisión independiente para una revisión por un formulario de la IRO, debe ser firmada por el afiliado o el tutor legal del afiliado; y
 - Una descripción del derecho del afiliado a una revisión inmediata por parte de un IRO y de los procedimientos para obtener esa revisión para un afiliado que
 - tiene una condición que amenaza la vida.
 - está solicitando medicamentos recetados o infusiones intravenosas

Si la negación implica una condición que amenaza la vida, el aviso también incluirá una descripción del derecho del Miembro a una revisión inmediata por una organización de revisión independiente y de los procedimientos para obtener esa revisión.

En el caso de una determinación adversa que resulte de una revisión retrospectiva, Molina proporcionará un aviso por escrito al miembro, dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la queja. Las revisiones retrospectivas pueden tardar hasta 15 días más.

El Miembro puede solicitar una apelación de una Determinación adversa. El Miembro tiene derecho a una revisión inmediata por parte de una IRO y de los procedimientos para obtener esa revisión para un afiliado que

- tiene una condición que amenaza la vida.
- está solicitando medicamentos recetados o infusiones intravenosas

Procedimientos de Apelación para Determinaciones adversas (incluyendo Apelaciones clínicas aceleradas)

Apelaciones clínicas aceleradas

Si la situación del Miembro cumple con la definición de una apelación clínica acelerada, el Miembro puede tener derecho a una apelación de manera acelerada. Una "apelación clínica acelerada" es una apelación de carácter clínicamente urgente relacionada con los servicios de atención médica, incluyendo pero no limitado a, Autorización previa para el tratamiento, denegación de atención de emergencia o hospitalización concurrente o continua. Antes de que se finalice o se reduzca la autorización de beneficios para un curso de tratamiento continuo o una hospitalización simultánea o continua, Molina le proporcionará un aviso y una oportunidad de apelar. Para el curso de tratamiento en curso, la cobertura continuará durante el proceso de apelación. El procedimiento incluirá una revisión por parte de un proveedor de atención médica que no ha revisado previamente el caso y es de la misma especialidad o una especialidad similar a la del proveedor de atención médica que normalmente manejaría la condición bajo apelación.

Una vez recibida una Autorización previa acelerada o una apelación clínica concurrente, Molina notificará a la parte que presenta la apelación lo antes posible, pero en ningún caso más de 24 horas después de la presentación de la apelación, toda la información necesaria para revisar la apelación. Molina tomará una decisión sobre la apelación dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la información solicitada,

pero a más tardar 72 horas después de que Molina haya recibido la apelación.

Apelaciones aceleradas de Medicamentos recetados e Infusión intravenosa

Molina investigará y resolverá las apelaciones relativas a medicamentos recetados e infusiones intravenosas para las que el Miembro reciba beneficios en el plazo de un día hábil a partir de la fecha en que se reciba toda la información necesaria para completar la apelación. Un proveedor de atención médica revisará dichas apelaciones quien:

- No haya revisado previamente el caso; y
- es de la misma especialidad o similar que el proveedor de atención médica que normalmente manejaría la afección médica o dental, el procedimiento o el tratamiento bajo revisión en la apelación.

Cómo apelar una Determinación adversa

Una apelación de una Determinación adversa puede ser presentada por un Miembro o una persona autorizada para actuar en su nombre, o su proveedor de atención médica. La designación de un representante debe ser por escrito, ya que es necesario proteger contra la revelación de información. Para obtener un Formulario de representante autorizado, un Miembro o el representante del Miembro puede llamar a Molina. Molina revisará su decisión de conformidad con el siguiente procedimiento:

- Dentro de los 180 días siguientes a que el Miembro reciba aviso de una Determinación adversa, puede llamar o escribir a Molina Healthcare para solicitar una apelación. Un Miembro debe identificar las razones por las que no está de acuerdo con la Determinación adversa. Envíe su solicitud a:

Para la revisión de los reclamos de pago o reembolso:

Molina Healthcare of Texas, Inc.

1660 N Westridge Circle Irving, TX 75038

Para solicitudes de apelación de servicios, incluida la Autorización previa:

Molina Healthcare of Texas

Attn: Member Complaints & Appeals

P.O. Box 182273

Chattanooga, TN 37422

También tomaremos solicitudes telefónicas para una apelación. Dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que Molina recibe la apelación del Miembro, le enviaremos una carta en la que se acusa recibo de la fecha de recepción, los procedimientos a seguir en la apelación y una lista de documentos que el Miembro debe presentar para su revisión. Cuando recibimos una apelación de forma oral, Molina le enviará al Miembro un formulario de apelación breve. En apoyo de su apelación, el Miembro tiene la opción de presentarle evidencia y testimonio a Molina. El Miembro y su representante autorizado pueden pedir que revisen su expediente y cualquier documento relevante y pueden presentar cuestiones escritas, comentarios e información médica adicional dentro de los 180 días después de que el Miembro reciba notificación de una Determinación adversa o en cualquier momento durante el proceso de apelación. Un médico tomará la decisión de apelación.

Molina le proporcionará al Miembro o a su representante autorizado cualquier evidencia o fundamento nuevo o adicional y cualquier otra información y documentos utilizados en la revisión de su apelación sin tener en cuenta si dicha información se consideró en la determinación inicial.

Molina se basará en la Determinación adversa inicial. Cualquier evidencia o fundamento nuevo o adicional será proporcionado al Miembro o a su representante autorizado lo suficientemente antes de la fecha en que se tome una decisión final sobre la apelación para darle la oportunidad de responder.

Si el Miembro alguna pregunta sobre los procedimientos de apelaciones, escríbanos a la dirección anterior o llámenos. Este proceso de apelación no le prohíbe al Miembro emprender acciones civiles disponibles bajo la ley.

Momento de las Determinaciones de apelación: Molina tomará una determinación de apelación tan pronto como sea posible, pero en ningún caso más de 30 días después de que hayamos recibido la apelación.

Aviso de la Determinación de apelación: Molina notificará a la parte que presenta la apelación, al Miembro y a cualquier proveedor de atención médica que haya recomendado los servicios involucrados en la apelación, mediante un aviso por escrito de la determinación. El aviso por escrito incluirá:

- La base clínica para la determinación;
- Una declaración de las razones médicas, dentales o contractuales específicas para la resolución;
- Una descripción de o la fuente de los criterios de evaluación utilizados para la determinación;
- Aviso del derecho de la parte apelante a solicitar la revisión de la determinación adversa por parte de una IRO bajo la Sección 19.1717 de este título (relacionada con la Revisión independiente de las Determinaciones adversas);
- Una referencia a las disposiciones del plan de prestaciones en las que se basa la determinación, o a la base contractual, administrativa o de protocolo para la determinación;
- La especialidad del médico u otro proveedor de atención médica que toma la determinación;
- En ciertas situaciones, puede haber una declaración en idiomas distintos del inglés de que la notificación por escrito de las denegaciones de quejas y cierta otra información de beneficios disponible (bajo petición) en dichos idiomas distintos del inglés y cómo acceder a los servicios lingüísticos de Molina; Si la decisión es una denegación, la especialidad del médico u otro proveedor de atención médica que hace la denegación; y
- Una explicación del proceso de revisión externa de Molina a una Organización de Revisión independiente (y cómo iniciar una revisión externa de la determinación).

Sus derechos de revisión externa se describen a continuación en la sección Apelación a una Organización de Revisión independiente (IRO) que aparece a continuación.

Apelación a una Organización de Revisión Independiente (IRO): El Miembro puede solicitar una apelación a una Organización de Revisión Independiente (“IRO”) de la negación de una apelación de una Determinación adversa hecha por Molina.

Este procedimiento no forma parte del proceso de queja y se aplica solo a quejas de Determinaciones adversas. Además, en circunstancias que amenazan la vida o que requieren atención urgente, el Miembro

tiene derecho a una apelación inmediata a una IRO y no está obligado a cumplir con la apelación de Molina de un proceso de Determinación adversa.

Cualquier parte cuya apelación de una Determinación adversa sea negada por Molina puede solicitar la revisión de la decisión por parte de un IRO. En el momento en que se deniegue la apelación, le proporcionaremos al Miembro, a su representante designado, o al Proveedor de registros, información sobre cómo apelar la denegación, incluyendo cualquier formulario aprobado, que el Miembro, su representante designado, o su proveedor de registros debe completar. En situaciones de urgencia o que amenazan la vida, comuníquese con Molina por teléfono para solicitar la revisión y proporcionar la información requerida. Para todas las otras situaciones, la revisión de IRO debe ser solicitada por escrito a Molina para comenzar el proceso de revisión independiente.

- Molina presentará registros médicos, nombres de proveedores y cualquier documentación pertinente a la decisión de la IRO en un plazo de 3 días hábiles a partir de la recepción de la solicitud para una revisión de la IRO.
- Molina cumplirá con la decisión de la IRO.
- Molina pagará por la revisión independiente.

A petición y sin cargo, el Miembro o su designado pueden tener acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información relevante a la reclamación o apelación y a copias de ellos, incluyendo:

- La información en la que se basa para tomar la decisión;
- La información presentada, considerada o generada en el curso de la toma de decisiones, se basó o no en tomar la decisión;
- Descripciones del proceso administrativo y las salvaguardias utilizadas para tomar la decisión;
- Registros de cualquier revisión independiente realizada por Molina;
- Juicios médicos, incluyendo si un servicio en particular es experimental o de investigación o no es Médicamente necesario o apropiado; y
- Asesoramiento y consulta de expertos obtenidos por Molina en relación con la queja denegada, independientemente de que se confiara o no en el asesoramiento para tomar la decisión.

El proceso de apelación no le prohíbe al Miembro buscar otros remedios apropiados, incluyendo: medidas cautelares; un juicio declaratorio u otro alivio disponible bajo la ley, si el requisito de agotar el proceso de apelación y revisión pone su salud en serio peligro.

OTROS

DISPOSICIONES DIVERSAS

Continuación de la cobertura debido a cambios en el estado civil: Si el Miembro pierde la cobertura debido a un cambio en el estado civil, Molina le emitirá una nueva EOC que sea efectiva antes del cambio en el estado civil. La nueva EOC se emitirá sin evidencia de asegurabilidad de acuerdo con la ley estatal y tendrá la misma fecha efectiva que la EOC bajo la cual la cobertura fue otorgada antes del cambio en el estado civil.

Actos más allá del control de Molina Healthcare: Si las circunstancias más allá del control razonable de Molina Healthcare, incluido cualquier desastre importante, epidemia, destrucción total o parcial de

instalaciones, guerra, disturbios o insurrección civil, resultan en la indisponibilidad de cualquier instalación, personal o Proveedores participantes, entonces Molina Healthcare y los Proveedores participantes proveerán o intentarán proveer Servicios cubiertos en la medida de lo posible, según su mejor criterio, dentro de la limitación de tales instalaciones y personal y Proveedores participantes. Ni Molina Healthcare 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 Healthcare de cualquier disposición de este Acuerdo no se interpretará como una renuncia a esa disposición o a cualquier otra disposición de este Acuerdo, ni perjudicará el derecho de Molina a exigirle al Miembro el cumplimiento de cualquier disposición de este Acuerdo.

No discriminación: Molina Healthcare no discrimina en contratar personal o proveer atención médica basada en una condición de salud preexistente, afiliación política, color, credo, edad, origen nacional, identificación de grupo étnico, religión, discapacidad, incapacidad, orientación sexual o sexo e identidad de género. Si el Miembro piensa que no ha sido tratado de manera justa, debe llamar al Centro de Atención al Cliente al número gratuito 1 (888) 560-2025.

Donación de órganos o tejidos: Los Miembros pueden convertirse en donantes de órganos o tejidos. Los avances médicos en la tecnología de trasplante de órganos han ayudado a muchos pacientes. Sin embargo, el número de órganos disponibles es mucho menor que el número de pacientes que necesitan un trasplante de órganos. El Miembro puede elegir ser un donante de tejido orgánico haciendo esa selección cuando renueve su Licencia de conducir o recoja un formulario en la oficina más cercana del Departamento de Seguridad Pública, o puede ingresar en línea en www.donatelifetexas.org para registrarse.

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

Asignación: El Miembro no puede asignar este Acuerdo ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos por dinero debido, beneficios, reclamos u obligaciones que se establecen en el presente documento sin el consentimiento previo por escrito de Molina (que el consentimiento puede ser rechazado a discreción de Molina).

Ley vigente: Salvo en la medida en que prevalezca la ley federal, este Acuerdo se regirá de acuerdo con la ley de Texas y cualquier disposición que se requiera que esté en este acuerdo por ley estatal o federal será vinculante para Molina Healthcare y los Miembros, esté o no establecido en este Acuerdo.

Indisputabilidad: Todas las declaraciones hechas por el Miembro en la solicitud de inscripción se consideran representaciones y no garantías. Las declaraciones se consideran veraces y hechas al leal saber y entender del Miembro. No se puede usar una declaración en un concurso para anular, cancelar o no renovar la cobertura de un afiliado o reducir los beneficios a menos que:

- esté en una solicitud de inscripción por escrito firmada por el suscriptor; y
- una copia firmada de la solicitud de inscripción es o ha sido proporcionada al suscriptor o al representante personal del suscriptor

Un contrato individual o un certificado de grupo solo puede impugnarse por fraude o tergiversación intencional de hechos materiales realizados en la solicitud de inscripción.

Falta de validez: Si alguna disposición de este Acuerdo no se mantiene de conformidad con las leyes aplicables en un procedimiento judicial, dicha disposición no se considerará inválida, sino que se interpretará y aplicará como si estuviera en pleno cumplimiento del Código de seguros Capítulo 1271 y otras leyes aplicables, y el resto de este Acuerdo seguirá siendo operativo y en plena vigencia y efecto.

Avisos: Cualquier aviso requerido por Molina Healthcare bajo este Acuerdo será enviado a la dirección más reciente que tenemos para el suscriptor. El Suscriptor es responsable de reportar cualquier cambio de dirección poniéndose en contacto con el Marketplace al 1 (800) 318-2596.

AVISO DE FACTURACIÓN DEL SALDO

AUNQUE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PUEDEN SER O LE HAN SIDO PROPORCIONADOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA, MIEMBRO DE LA RED DE PROVEEDORES UTILIZADA POR SU PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD, OTROS SERVICIOS PROFESIONALES PUEDEN SER O SE HAN PROPORCIONADO EN O A TRAVÉS DE LA INSTALACIÓN POR MÉDICOS, PROVEEDORES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES FUERA DE LA RED, PROVEEDORES DE SERVICIOS DE LABORATORIO, Y OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE NO SON MIEMBROS DE ESA RED. USTED PUEDE SER RESPONSABLE DEL PAGO DE TODOS O PARTE DE LOS HONORARIOS POR ESOS SERVICIOS PROFESIONALES QUE NO SE PAGAN O NO ESTÁN CUBIERTOS POR SU PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD A MENOS QUE LA FACTURACIÓN DEL SALDO POR ESOS SERVICIOS ESTÉ PROHIBIDA.

SI USTED RECIBE UNA FACTURA, APARTE DE LA DE SU COSTO COMPARTIDO, COMO SE MUESTRA EN EL PROGRAMA DE BENEFICIOS, DE SU PROVEEDOR, PROVEEDOR DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES QUE NO SEA DE LA RED, PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LABORATORIO (FACTURACIÓN DEL SALDO), DEBE COMUNICARSE CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS DE MOLINA AL EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

Este aviso es para informar al Miembro de cierta cobertura y/o beneficios proporcionados en su plan de salud asegurado por Molina Healthcare of Texas, Inc. La legislación exige que le enviemos este aviso al Miembro. *Si el Miembro tiene preguntas sobre este aviso, debe llamar a Molina Healthcare al 1-888-560-2065*

Mastectomía o Disección de ganglios linfáticos

Estancia mínima de hospitalización: Si debido al tratamiento del cáncer de mama, cualquier persona cubierta por este plan se somete a una mastectomía o una disección de ganglios linfáticos, este plan proporcionará cobertura para la atención de pacientes hospitalizados por un mínimo de:

- 48 horas después de una mastectomía; y
- 24 horas después de una disección de ganglios linfáticos.

El número mínimo de horas de hospitalización no es necesario si la persona cubierta que recibe el tratamiento y el médico de cabecera determinan que es apropiado un período más corto de atención de pacientes hospitalizados.

Prohibiciones

No podemos:

- Negar la elegibilidad de ninguna persona cubierta o la elegibilidad continua o no renovar este plan únicamente para evitar proporcionar las horas mínimas de hospitalización;
- Proporcionar pagos o rebajas para alentar a cualquier persona cubierta a aceptar menos de las horas mínimas de hospitalización;
- Reducir o limitar la cantidad pagada al médico que lo atiende, o penalizar de otra manera al médico, porque el médico requirió que una persona cubierta recibiera las horas mínimas de hospitalización; o
- Proporcionar incentivos financieros u otros al médico que lo atiende para alentar al médico a proporcionar atención que sea menos de las horas mínimas.

Cobertura y/o beneficios para la Cirugía reconstructiva después de la mastectomía Se proporciona cobertura y/o beneficios a cada persona cubierta para cirugía reconstructiva después de la mastectomía, incluyendo:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para alcanzar una apariencia simétrica; y
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluyendo linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.

Se deben proporcionar la cobertura y/o los beneficios de una manera determinada a ser apropiada en consulta con la persona cubierta y el médico que asiste. El porcentaje de Costos compartidos y las cantidades de copago serán las mismas que los aplicados a otros Gastos de hospital para pacientes internados o Gastos médicos-quirúrgicos cubiertos de manera similar, como se muestra en el Programa de Cobertura.

Prohibiciones

No podemos:

- Ofrecer a la persona cubierta un incentivo financiero para renunciar a la reconstrucción mamaria o renunciar a la cobertura y/o beneficios que se muestran anteriormente;

- Condicionar, limitar o negar la elegibilidad de cualquier persona cubierta o continuar con la elegibilidad para inscribirse en el plan o no renovar este plan únicamente para evitar proporcionar la cobertura y/o los beneficios mostrados anteriormente; o
- Reducir o limitar la cantidad pagada al médico o proveedor, ni penalizar de otra manera, o proporcionar un incentivo financiero para inducir al médico o proveedor a proporcionar atención a una persona cubierta de una manera incompatible con la cobertura y/o los beneficios mostrados anteriormente.

Exámenes para la detección del cáncer de próstata

Se proporcionan beneficios para cada hombre cubierto para un examen de diagnóstico anual reconocido por el médico para la detección del cáncer de próstata.

Los beneficios incluyen:

- Un examen físico para la detección del cáncer de próstata; y
- Un examen de antígeno prostático específico para cada hombre cubierto que:
 - Tenga por lo menos 50 años de edad; o
 - Al menos 40 años de edad con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otro factor de riesgo de cáncer de próstata.

Internación como paciente internado después del nacimiento de un niño

Por cada persona cubierta para los beneficios de maternidad/parto, proveeremos atención como paciente internado para la madre y su hijo recién nacido en un centro de atención médica por un mínimo de:

- 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones; y
- 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea

Este beneficio no requiere que una mujer cubierta que sea elegible para recibir prestaciones de maternidad/parto tenga que:

- Dar a luz en un hospital u otro centro de atención médica; o
- Permanecer en un hospital u otro centro de atención médica por el número mínimo de horas después del nacimiento del niño.

Si una madre cubierta o su hijo recién nacido es dado de alta antes de que hayan vencido las 48 o 96 horas, proveeremos cobertura para el cuidado post parto. El cuidado pos parto incluye la educación de los padres, la asistencia y la capacitación en lactancia materna y alimentación con biberón y la realización de pruebas clínicas necesarias y aprobadas. La atención la proporciona un médico, una enfermera registrada u otro proveedor de atención médica con licencia apropiada, y la madre tendrá la opción de recibir la atención en su casa, la oficina del proveedor de atención médica o un centro de atención médica.

Prohibiciones

No podemos:

- Modificar los términos de esta cobertura sobre la base de cualquier persona cubierta que solicite menos de la cobertura mínima requerida;
- Ofrecer a la madre incentivos financieros u otra compensación por la exención del número mínimo de horas requerido;
- Negarnos a aceptar la recomendación de un médico por un período específico de atención hospitalaria realizada en consulta con la madre si el período recomendado por el médico no excede las directrices para la atención prenatal desarrolladas por asociaciones profesionales de obstetras y ginecólogos o pediatras reconocidos a nivel nacional;
- Reducir los pagos o reembolsos por debajo de la tasa habitual y razonable; o
- Penalizar a un médico por recomendar la atención para pacientes internados de la madre o del recién nacido.

Cobertura de pruebas para la detección del virus del papiloma humano, el cáncer de ovario y el cáncer de cuello uterino

Por cada mujer inscrita en el plan que tiene 18 años o más, los gastos se cubren para un examen diagnóstico anual reconocido médicamente, o cualquier otro examen para la detección temprana del cáncer ovárico y el cáncer cervical. La cobertura que se requiere en esta sección incluye como mínimo un análisis de sangre de CA 125; y una prueba de Papanicolaou convencional o un examen que utiliza métodos de citología a base de líquido. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos debe aprobar el método, solo o en combinación con un examen aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del virus del papiloma humano.

AVISO DE COBERTURA POR LESIÓN CEREBRAL ADQUIRIDA

La cobertura del plan de beneficios de salud para una lesión cerebral adquirida incluye los siguientes servicios:

- Terapia de rehabilitación cognitiva
- Terapia de comunicación cognitiva
- Terapia neurocognitiva y rehabilitación
- Pruebas y tratamiento neuroconductuales, neurofisiológicos, neuropsicológicos y psicofisiológicos
- Terapia y remediación de la neuroretroalimentación
- Servicios de transición post aguda y servicios de reintegración comunitaria, incluyendo servicios de tratamiento ambulatorio de día u otros servicios de tratamiento de atención post aguda
- Los gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de una persona cubierta por el plan que ha sufrido una lesión cerebral adquirida, no ha respondido al tratamiento y se vuelve receptivo al tratamiento en una fecha posterior, momento en que los servicios de rehabilitación cognitiva serían un beneficio cubierto.

El hecho de que una lesión cerebral adquirida no resulte en hospitalización o tratamiento de atención aguda no afecta el derecho del Miembro o Suscriptor a recibir los tratamientos o servicios anteriores que sean proporcionales a su condición. Se pueden proporcionar tratamientos o servicios post-agudos legalmente, incluyendo hospitales de rehabilitación aguda o post aguda e instalaciones de vida asistida reguladas por el Código de Salud y Seguridad.

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

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

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

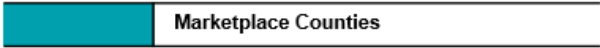
Este aviso es para informarle sobre cierta cobertura y/o beneficios proporcionados por su contrato con Molina Healthcare of Texas, Inc.

Cobertura de pruebas para detección de cáncer colorrectal

Se brindan beneficios, para cada persona inscrita en el plan que tenga 45 años de edad o más y con un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon, para los gastos incurridos en la realización de un examen de detección médicamente reconocido para la detección de cáncer colorrectal. Los beneficios incluyen la elección de la persona cubierta de:

- todos los exámenes de cáncer colorrectal, servicios preventivos y pruebas de laboratorio a los que el Grupo de Trabajo de Servicios Médicos Preventivos de los Estados Unidos asignó una calificación de "A" o "B" para personas de riesgo promedio, incluidos los servicios a los que se les puede asignar una calificación de "A" o "B" en el futuro, o
- una colonoscopia inicial u otra prueba o procedimiento médico para la detección del cáncer colorrectal y una colonoscopia de seguimiento si los resultados de la colonoscopia, prueba o procedimiento inicial son anormales.

Si alguna persona cubierta por este plan tiene preguntas sobre lo anterior, llame a Molina al 1 (888) 560-2025, o escríbanos a 1660 N Westridge Circle Irving, TX 75038.



Your Extended Family.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Los formularios para la presentación de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

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

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

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

ACCESO A IDIOMAS

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre Molina Marketplace, tiene el derecho de obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1 (888) 560-2025.

Árabe	إذا كان لديك ، أو أي شخص آخر تساعد، أسئلة حول Molina Marketplace ، فيحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون أي تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري ، اتصل على 1 (888) 560-2025.
Chino	如果您，或是您正在協助的對象，有關於Molina Marketplace方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 1 (888) 560-2025。
Francés	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Molina Marketplace, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1 (888) 560-2025.
Alemán	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Molina Marketplace haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1 (888) 560- 2025 an.
Gujarati	જો તમને અથવા તમે જેને મદદ કરી રહ્યા હોવ એવી કોઈ વ્યક્તિને Molina Marketplace વિશે પ્રશ્નો હોય, તો વિના કોઈ ખર્ચે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો તમને અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, 1 (888) 560-2025 પર કોલ કરો.
Hindi	यदि आपके, या आपके द्वारा सहायता किए जा रहे किसी व्यक्ति के Molina Marketplace के बारे में प्रश्न है, तो आपके पास अपनी भाषा में मुफ्त में सहायता और सूचना प्राप्त करने का अधिकार है। किसी भी दुभाषिए से बात करने के लिए, 1 (888) 560-2025 पर कॉल करें।
Japonés	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Molina Marketplace についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1 (888) 560-2025までお電話ください。
Coreano	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Molina Marketplace 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1 (888) 560-2025로 전화하십시오.
Laosiano	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Molina Marketplace, ທ່ານມີສິດຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ຖ້າຕ້ອງການໂອ້ນລັກກັບນາຍພາສາ, ກະລຸນາໂທ 1 (888) 560-2025.
Farsi	اگر شما یا کسی که به آن کمک می کنید سؤالی درباره Molina Marketplace دارید، می توانید کمک و اطلاعات را به زبان خودتان و به طور رایگان دریافت کنید. برای صحبت با مترجم شفاهی با 1 (888) 560-2025 تماس بگیرید.

Ruso	Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Molina Marketplace , то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1 (888) 560-2025.
Español	Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Molina Marketplace tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1 (888) 560-2025.
Tagalog	Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Molina Marketplace, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1 (888) 560-2025.
Urdu	اگر آپ، یا کوئی اور جن کی آپ مدد کر رہے ہیں، کے Marketplace Molina کے بارے میں کوئی سوال ہوں تو آپ کو بغیر کسی قیمت کے اپنی زبان میں مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ کسی ترجمان سے بات کرنے کیلئے 2025-560 (888) 1 پر کال کریں۔
Vietnamita	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Molina Marketplace, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, vui lòng gọi 1 (888) 560-2025.