Molina Healthcare of New Mexico, Inc Marketplace

2026

Formulario de Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura

Molina Healthcare of New Mexico, Inc.
PO Box 3887
Albuquerque, NM 87190

AVISO DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS: EN ESTE ACUERDO NO SE INCLUYEN LOS SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS SEGÚN SE EXIGE CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y LA LEY DE ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE. ESTA COBERTURA ESTÁ DISPONIBLE EN EL MARKETPLACE DE SEGUROS DE SALUD. SE PUEDE ADQUIRIR COMO UN PRODUCTO INDEPENDIENTE. COMUNÍQUESE CON SU COMPAÑÍA DE SEGUROS, AGENTE O CON EL MARKETPLACE DE SEGUROS DE SALUD FACILITADO POR EL GOBIERNO FEDERAL SI DESEA ADQUIRIR COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA O UN PRODUCTO DENTAL INDEPENDIENTE.

Servicios Cubiertos para indígenas estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN):

- Los miembros indígenas estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN, en inglés) inscritos en Planes Sin Costos Compartidos no incurrirán en Costos Compartidos cuando reciban Servicios Cubiertos de Proveedores Participantes.
- Los miembros AI/AN inscritos en Planes de Costos Compartidos Limitados no incurrirán en Costos Compartidos cuando reciban Servicios Cubiertos de un Proveedor de Atención Médica indígena o de otro Proveedor, siempre que tengan una derivación de un Proveedor de Atención Médica indígena.
- Para obtener más información, visite MolinaMarketplace.com.

Servicios de intérprete: Molina ofrece servicios de intérprete para cualquier Miembro que necesite ayuda lingüística a la hora de comprender y obtener cobertura médica conforme a este Acuerdo. Molina ofrece estos servicios sin costo adicional para el Miembro. Molina ofrecerá servicios de interpretación oral y servicios de traducción por escrito de cualquier material fundamental para que un Miembro comprenda su cobertura de atención médica. Los miembros sordos o con problemas de audición pueden utilizar el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones llamando al 711.

Derecho a devolución: los Suscriptores recién inscritos tienen derecho a devolver este Acuerdo hasta la medianoche del día 30 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.

Comité de Participación de los Miembros: Molina desea escuchar lo que los Miembros piensan de Molina Healthcare. Por lo tanto, Molina Healthcare ha formado el Comité de Participación de los Miembros para escuchar sus preocupaciones. El Comité es un grupo de personas que se reúne una vez cada tres (3) meses y sugiere mejoras a la Junta Directiva de Molina Healthcare. Si un Miembro desea unirse al Comité de Participación de los Miembros, debe llamar al número de teléfono gratuito de Molina Healthcare al 1 (888) 295-7651, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., MT. Si un Miembro es sordo o tiene problemas de audición, puede llamar a la línea dedicada a TTY de Molina al número de teléfono gratuito 1 (800) 659-8331 o llamar al 711 para el Servicio de Telecomunicaciones. ¡Únase hoy al Comité de Participación de los Miembros!

Cambio de Beneficiario: a menos que haga una designación irrevocable de beneficiario, el Miembro se reserva el derecho a cambiar de beneficiario, y el consentimiento del beneficiario o los beneficiarios no será necesario para la cesión de cambios en esta EOC. Sin embargo, a menos que Molina Healthcare tenga documentación confiable y por escrito del beneficiario legalmente designado por el Miembro, Molina se reserva el derecho de pagar las reclamaciones por dinero adeudado, beneficios o Reclamaciones pendientes en virtud de esta EOC solamente al Suscriptor o al Miembro correspondiente (según lo determine Molina) y de negarse a reconocer cualquier cesión de dinero, beneficios o Reclamaciones en virtud de esta EOC.

Límites de Edad: si la Póliza contiene un límite de edad o una fecha después de la cual la cobertura proporcionada por el Plan no será válida, y si dicha fecha se encuentra dentro de un periodo durante el cual Molina acepta la Prima, o si Molina acepta la Prima después de dicha fecha, la Póliza permanecerá vigente, sujeta a cualquier derecho de cancelación hasta el final del periodo para el cual se haya aceptado la Prima. En el caso de que la edad del asegurado se haya registrado de manera incorrecta, y si, de acuerdo con la edad correcta, la cobertura proporcionada por la Póliza no hubiera entrado en vigor o hubiera cesado antes de la aceptación de dichas Primas, la responsabilidad de la Póliza se limitará al reembolso, previa solicitud, de todas las Primas pagadas durante el periodo no cubierto por la Póliza.

Tasa de interés devengada: la tasa de interés devengada se aplica cuando un proveedor no participante no le paga el reembolso al Miembro dentro de los 45 días posteriores a la solicitud de conformidad con la Ley Estatal.

Gracias por elegir Molina Healthcare of New Mexico

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

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

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

Lea este documento cuidadosamente. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente en MolinaMarketplace.com o al 1 (888) 295-7651.

Estamos a su disposición.

Molina Marketplace

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 un 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
	• Revisiones y chequeos médicos
	• Atención médica preventiva
	• Vacunas (inyecciones)
		Llame a su Médico
		
		Centros de Atención de Urgencia
		Encuentre un proveedor o un centro de Atención de Urgencia:
		MolinaHealthcare.com/ProviderSearch.
		
		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	• Buscar o cambiar de médico • Ver los beneficios y el Manual del Miembro • Ver o imprimir tarjeta de identificación (ID) • Realizar un seguimiento de las reclamaciones	**Ingrese en** MyMolina.com. **Descargue** la aplicación Molina Mobile. **Consulte el Directorio de Proveedores:** MolinaHealthcare.com/ProviderSearch
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 preventivas para niños	Servicios para Miembros de Molina 1 (888) 295-7651 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora de la Montaña) **Ingrese en** MyMolina.com.
Servicios de Facturación y Pago	• Preguntas sobre Pago de la Prima	1 (800) 253-0217 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora de la Montaña) **Ingrese en** MolinaPayment.com

New Mexico Health Insurance Exchange	• Preguntas de elegibilidad • Agregar un Dependiente • Informar cambios de dirección o ingresos	**Vaya a** beWellnm.com 1-855-427-5674
New Mexico Managed Health Care Bureau Office of Superintendent of Insurance		**Ir a** P.O. Box 1689, Santa Fe, NM 87504-1689 Tel: 1 (505) 827-4601 Número Gratuito: 1 (855) 427-5674 www.osi.state.nm.us

TABLA DE CONTENIDOS

CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDOS 7

DEFINICIONES 9

INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD 22

PAGO DE LA PRIMA 26

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA 28

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN 29

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA 31

AUTORIZACIÓN PREVIA 34

ATENCIÓN Y FACTURAS FUERA DE LA RED 46

COSTOS COMPARTIDOS 48

SERVICIOS CUBIERTOS 48

SERVICIOS DE EMERGENCIA 63

EXCLUSIONES 126

RECLAMACIONES 132

AVISOS LEGALES 136

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES DE LOS MIEMBROS 142

RESUMEN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES SOBRE SEGUROS DE SALUD 142

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

Incorporación por Referencia: este Acuerdo, las enmiendas y cláusulas adicionales de este Acuerdo, y el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) para este plan, incluida la hoja de tarifas aplicable para este producto, se incorporan a este Acuerdo por referencia, y constituyen el contrato completo legalmente vinculante entre Molina y el Suscriptor.

Cambios en el contrato completo: el contrato es el acuerdo legal entre el miembro y Molina. Esta póliza, que incluye el SBC y cualquier endoso o cláusula adicional, constituye el contrato completo. Ningún cambio en esta póliza será válido hasta que lo apruebe un miembro del equipo ejecutivo de Molina y a menos que dicha aprobación y contrafirma se endosen en el presente documento o se adjunten a este. Ningún agente tiene la autoridad necesaria para modificar esta política ni para renunciar a ninguna de sus disposiciones.

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

DEFINICIONES

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

Decisión Administrativa: una decisión tomada por Molina con respecto a cualquier aspecto de un plan de beneficios de salud que no sea una determinación adversa, que incluye, entre otros:

- Prácticas administrativas de la aseguradora de atención médica que afectan la disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de atención médica.
- Pago de reclamaciones, manejo o reembolso por servicios de atención médica, incluidas, entre otros, las quejas relacionadas con copagos, coseguros y deducibles.
- Terminaciones de cobertura.

Determinación adversa de beneficios: una denegación, reducción o terminación, o falta de pago, en su totalidad o en parte, de un beneficio, incluidos aquellos basados en una determinación de elegibilidad, una falta de cobertura de un artículo o servicio para el cual los beneficios se proporcionan de otra manera porque se determina que es experimental, o en investigación o no médicamente necesario o apropiado, solicitud de revisión de utilización o Necesidad Médica. Esto puede incluir la rescisión de la cobertura y la aplicabilidad de las protecciones Estatales o Federales de Facturación Sorpresa.

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

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

1. Por Servicios Cubiertos prestados por un Proveedor Participante: Estos servicios se reembolsarán según la tasa contratada con el Proveedor Participante para dichos Servicios Cubiertos.

2. Por 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 prestados por un Proveedor No Participante cuando dichos Servicios Cubiertos se consideran, a efectos de reembolso, como Servicios de Emergencia según la Ley Estatal o federal aplicable.
- Servicios de ambulancia aérea brindados por un Proveedor No Participante y Servicios Cubiertos brindados por un Proveedor No Participante durante la visita a un Proveedor

Participante que puede ser un hospital, hospital de acceso crítico, centro quirúrgico ambulatorio u otro centro requerido por la ley.

- Cuando la ley federal se remite a la ley estatal para determinar los montos de reembolso a los Proveedores No Participantes, la Cantidad Aprobada se determinará de acuerdo con los procedimientos (incluidos los procedimientos de resolución de disputas) u otros requisitos dictados por la ley estatal aplicable. Cuando la ley federal controle el monto de reembolso a Proveedores No Participantes, la Cantidad Aprobada se determinará de acuerdo con la ley federal.

3. Para todos los demás Servicios Cubiertos proporcionados por un Proveedor No Participante de conformidad con este Acuerdo: Salvo que la ley aplicable exija expresamente lo contrario, estos servicios se reembolsarán al valor más bajo de (a) la tarifa promedio contratada de Molina para dichos Servicios Cubiertos, (b) el 100 % de la tarifa publicada de Medicare para dichos Servicios Cubiertos, (c) el método usual y habitual de Molina para determinar el pago de dichos Servicios Cubiertos, o (d) una cantidad negociada acordada por el Proveedor No Participante y Molina.

Servicios de Emergencia y servicios de transporte de emergencia de un Proveedor No Participante: a menos que la ley exija lo contrario, o según lo acordado entre los Proveedores No Participantes y Molina, la Cantidad Aprobada se calculará en el percentil sesenta de la tasa de reembolso comercial permitida para un servicio de atención médica determinado, prestado por un proveedor de la misma especialidad o similar y en la misma área geográfica, según se indica en una base de datos de referencia gestionada por una organización sin fines de lucro que el superintendente determina después de consultar con las partes interesadas del sector de atención médica; siempre y cuando no se pague ninguna tarifa por reembolso de factura sorpresa inferior al ciento cincuenta por ciento de la tarifa de reembolso de Medicare de 2017 por el servicio de atención médica aplicable proporcionado.

Servicios No de Emergencia proporcionados por un Proveedor No Participante en un Centro de Atención Médica de un Proveedor Participante: a menos que la ley exija lo contrario, o según lo acordado entre los Proveedores No Participantes y Molina, la Cantidad Aprobada será del percentil 60 de la tasa de reembolso comercial permitida para un servicio de atención médica determinado, prestado por un proveedor de la misma especialidad o similar y en la misma área geográfica, según se indica en una base de datos de referencia determinada por la Oficina del Superintendente de Seguros (OSI, en inglés).

- Molina cubre servicios de atención médica que no son atención de emergencia, prestados por un proveedor no participante en un centro participante donde ocurra lo siguiente:

  1. No hay proveedores participantes disponibles.
  2. Un proveedor no participante presta servicios imprevistos.
  3. Un proveedor no participante presta servicios para los cuales la persona cubierta no ha otorgado su consentimiento específico para que el proveedor no participante preste el servicio en particular.

Cuando los servicios médicamente necesarios dentro de la red no estén disponibles, Molina y el PCP u otro proveedor participante derivarán a la persona cubierta a un proveedor fuera de la red. Molina pagará la tarifa Usual y Habitual (U&C, en inglés) como se indicó anteriormente al proveedor fuera de la red. Molina no restringirá las derivaciones fuera de la red cuando ningún otro proveedor pueda proporcionar un tratamiento comparable dentro de la red de una manera más rentable. La persona cubierta no será responsable si un proveedor de la red hace una derivación por error a un proveedor fuera de la red.

Todos los demás Servicios Cubiertos, excluidos los descritos en la sección "ATENCIÓN Y FACTURAS FUERA DE LA RED" de este acuerdo, recibidos de un Proveedor No Participante de conformidad con este Acuerdo: Esto significa la menor de la tarifa media contratada de Molina para tales servicios, el 100 % de la tasa publicada de Medicare para tales servicios, la tarifa usual y habitual de Molina para tales servicios o una cantidad negociada acordada por el Proveedor No Participante y Molina.

Máximo Anual de Gastos de Bolsillo (también conocido como "OOPM"): el monto máximo de Costo Compartido que tendrá que pagar por los Servicios Cubiertos en un año calendario. El monto de OOPM se especificará en Su SBC. Los Costos Compartidos incluyen los pagos que realiza para cualquier Deducible, Copago o Coseguro.

Los montos que paga por servicios que no son Servicios Cubiertos bajo este Acuerdo no contarán para el OOPM. Nota: Cualquier monto que deba pagar por los servicios descritos en la sección "ATENCIÓN Y FACTURAS FUERA DE LA RED" de este acuerdo se aplicará a su OOPM. Estos servicios incluyen lo siguiente: servicios médicos de emergencia prestados por proveedores no participantes, servicios médicos no de emergencia prestados por proveedores no participantes en centros participantes en los que la persona cubierta no tenga la capacidad o la oportunidad de elegir recibir el servicio por parte de proveedores participantes, y servicios médicos no de emergencia médicamente necesarios en los que no haya ningún proveedor participante disponible para prestar el servicio. Además, cualquier servicio autorizado asociado se aplicará a su OOPM.

El Resumen de Beneficios y Cobertura puede incluir un monto OOPM por cada individuo inscrito bajo este Acuerdo y un monto OOPM por separado para toda la familia cuando hay dos o más Miembros inscritos. Cuando dos o más miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo:

- Se alcanzará el OOPM individual, con respecto al Suscriptor o Dependiente en particular, cuando esa persona alcance el monto del OOPM individual; o
- Se alcanzará el OOPM familiar cuando los Costos Compartidos de Su familia se sumen al total del OOPM familiar.

Una vez que los Costos Compartidos totales para el Suscriptor o Dependiente en particular se sumen al total del OOPM individual, Molina pagará el 100 % de los cargos por los Servicios Cubiertos para esa persona durante el resto del año calendario si sigue inscrito en este Plan. Una vez que los Costos Compartidos de dos o más miembros de Su familia se sumen hasta llegar al monto OOPM familiar, Molina pagará el 100 % de los cargos por Servicios Cubiertos para Usted y cada integrante de Su familia por el resto del año calendario si siguen inscritos en este Plan.

Biomarcador: una característica que se mide y evalúa objetivamente como un indicador de procesos biológicos normales, procesos patógenos o respuestas farmacológicas a una intervención terapéutica específica, incluidas las interacciones entre gen y fármaco conocidas para medicamentos que se están considerando para su uso o que ya se están administrando. Los biomarcadores incluyen mutaciones genéticas, características de los genes o expresión de proteínas.

Pruebas de Biomarcadores: un análisis de tejido, sangre u otra muestra biológica de un miembro para detectar la presencia de un biomarcador e incluye pruebas de analito único, pruebas de panel multiplex, expresión de proteínas y secuenciación de exoma completo, genoma completo y transcriptoma completo.

Partera Certificada: cualquier persona que esté autorizada como enfermera por el Consejo de Enfermería y como Partera Certificada por el Departamento de Salud de New Mexico.

Enfermero Profesional Certificado: un enfermero registrado cuyas calificaciones están avaladas por el Consejo de Enfermería para una práctica ampliada como enfermero profesional certificado y cuyo nombre e información pertinente figura en la lista de enfermeros profesionales certificados del Consejo de Enfermería de New Mexico.

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

Coseguro: un porcentaje de los cargos por los Servicios Médicos o Farmacéuticos Cubiertos que el Miembro debe pagar cuando recibe ciertos tipos de Servicios Cubiertos. El monto del Coseguro se calcula como un porcentaje de las tasas que Molina ha acordado con el Proveedor Participante. Si corresponde, los Coseguros se indican en el SBC.

Complicaciones del embarazo: condición debida al embarazo, trabajo de parto o parto que requiere atención médica para evitar daños graves a la salud de la madre o del feto. Las náuseas matutinas y una cesárea que no sea de emergencia no son complicaciones del embarazo.

Copago: es un método de costo compartido que requiere que una persona cubierta pague una cantidad fija en dólares cuando se recibe un servicio médico o farmacéutico, y que Molina pague el saldo permitido; puede haber diferentes cantidades de copago para diferentes tipos de servicios bajo el mismo plan de beneficios de salud. Si corresponde, los Copagos se indican en el SBC.

Persona Cubierta: esto significa un asegurado u otra persona cubierta por un plan de beneficios de salud.

Costos Compartidos: la cuota de los costos que un Miembro debe pagar de su propio bolsillo por los Servicios Cubiertos. Por lo general, este término incluye Deducibles, Coseguros y Copagos, pero no incluye primas, importes de Facturas del Saldo de Proveedores No Participantes ni el costo de los servicios no cubiertos.

Servicio Cubierto o Servicios Cubiertos: los servicios Médicamente Necesarios, incluidos algunos dispositivos médicos, atención médica preventiva, equipos y medicamentos recetados que los

Miembros son elegibles para recibir de Molina en virtud de este Plan, a menos que esté prohibido por la Ley Estatal o federal.

Pruebas de detección citológicas: una prueba de Papanicolaou o citopatología cervical de base líquida, una prueba del virus del papiloma humano y una exploración pélvica para pacientes femeninas sintomáticas y asintomáticas.

Deducible: un monto fijo en dólares que debe pagar en un año calendario por los Servicios Cubiertos que recibe antes de que Molina Healthcare cubra esos servicios al Copago o Coseguro aplicable. El monto que Usted paga para Su Deducible se basa en las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el Proveedor Participante. Los Deducibles se detallan en el SBC de Molina Healthcare of New Mexico, Inc.

Consulte el SBC de Molina Healthcare of New Mexico, Inc. para ver qué Servicios Cubiertos están sujetos al Deducible y el monto del Deducible. Su producto puede tener montos de Deducibles por separado para los Servicios Cubiertos especificados. En este caso, los montos pagados para un tipo de Deducible no pueden utilizarse para satisfacer un tipo diferente de Deducible.

El término “Sin cargo, se aplica el deducible” significa que, si usted ha alcanzado su deducible, no tendrá costo alguno por este servicio. Sin embargo, si no ha alcanzado su deducible, deberá pagar por los servicios hasta alcanzarlo. Los servicios preventivos cubiertos por este Acuerdo están incluidos en los Beneficios de Salud Esenciales, y Usted no pagará ningún Deducible u otro Costo Compartido por tales servicios preventivos cuando sean proporcionados por un Proveedor Participante.

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

- Cuando alcance el Deducible para el integrante individual; o
- Cuando Su familia alcance el Deducible para la familia.

Por ejemplo, si usted alcanza el Deducible para el integrante individual, pagará el Copago o Coseguro aplicable para los Servicios Cubiertos por el resto del año calendario, pero cada uno de los demás integrantes de su familia debe continuar pagando el Deducible hasta que su familia alcance el Deducible para la familia.

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

Examen de mama de diagnóstico: significa un examen de la mama médicamente necesario y apropiado a nivel clínico mediante una mamografía de diagnóstico, una resonancia magnética mamaria o una ecografía mamaria que evalúa una anomalía: (a) vista o sospechada en una prueba de detección de cáncer de mama; o (b) detectada por otro medio de examen.

Médico(s) de Medicina Oriental: un médico de medicina oriental autorizado por la agencia gubernamental correspondiente para practicar la acupuntura y la medicina oriental.

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

Equipo médico duradero o DME: el equipo y los suministros solicitados por un Proveedor para uso diario o extendido. Ejemplos de DME son equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras reactivas de sangre para diabéticos médicamente necesarios.

Emergencia o Condición médica de emergencia: Una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluso el dolor intenso) de modo que una persona prudente y no especializada, que posea un conocimiento medio de salud y medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica tuviera como resultado lo siguiente:

- Poner la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, su salud y la del niño nonato) en un grave riesgo;
- Causar daños graves en las funciones corporales; o
- 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 podría representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o el niño.

Atención de Emergencia: un procedimiento, tratamiento o servicio de atención médica, excluyendo el servicio de transporte en ambulancia, cuyo procedimiento, tratamiento o servicio se entrega a una persona cubierta después del inicio repentino de lo que razonablemente parece ser una afección médica o de salud conductual que se manifiesta por síntomas de gravedad suficiente, incluido dolor intenso, donde la ausencia de atención médica inmediata, independientemente del diagnóstico eventual, podría considerarse, según una persona lega razonable, como un peligro para la salud física o mental de una persona o la salud o seguridad de un feto o una persona embarazada, un deterioro grave de la función corporal, una disfunción grave de un órgano o parte corporal o la desfiguración de una persona.

Servicios de Transporte de Emergencia: traslados en ambulancia apropiados realizados antes de que se estabilice una Condición Médica de Emergencia.

Servicios de emergencia: servicios destinados a evaluar, tratar o estabilizar una Condición médica de emergencia. Estos servicios pueden prestarse en un centro de emergencias autorizado que proporcione tratamiento para Condiciones Médicas de Emergencia.

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

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

Centro: significa una entidad que proporciona un servicio de atención médica, que incluye:

- un hospital general, especializado, psiquiátrico o de rehabilitación;
- un centro quirúrgico ambulatorio;
- un centro de tratamiento de cáncer;
- un centro de maternidad;
- un centro de tratamiento de drogas y alcohol para pacientes internados, ambulatorios o residenciales;
- un centro de pruebas o evaluación médica para pacientes ambulatorios de laboratorio, de diagnóstico o de otro tipo;
- el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica;
- un centro de atención de urgencia; o
- cualquier otro entorno de atención médica terapéutica.

Cargo del centro: un cargo que los proveedores de atención médica, en particular los hospitales y las clínicas ambulatorias, imponen para cubrir los costos operativos asociados con el mantenimiento del centro donde se proporcionan los servicios médicos. Este cargo es independiente del costo real de los servicios médicos. Los cargos están sujetos a la protección contra facturación del saldo.

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

Estándares Generalmente Reconocidos: un estándar de atención y práctica clínica establecido por fuentes basadas en la evidencia, que incluye guías de práctica clínica y recomendaciones de asociaciones profesionales de proveedores de atención de salud mental y trastornos por abuso de sustancias y agencias gubernamentales federales relevantes, que generalmente es reconocido por proveedores que ejercen en especialidades clínicas relevantes, que incluyen:

- psiquiatría;
- psicología;
- asistencia social;
- asesoramiento clínico;
- medicina y asesoramiento para la adicción; o
- terapia familiar y matrimonial.

Organización para el Mantenimiento de la Salud: un tipo de plan de seguro de salud que suele requerir que los miembros obtengan servicios cubiertos de los médicos que trabajan para la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés) o tienen un contrato con esta. Por lo general, no cubre la atención médica fuera de la red, excepto en caso de emergencia. Es posible

que, para ser elegible a la cobertura, usted deba trabajar o vivir en el área de servicio de la HMO. Las HMO suelen brindar atención integrada y enfocarse en la prevención y el bienestar.

Hospital: un centro que ofrece servicios de hospitalización, enfermería y atención nocturna para tres o más personas las 24 horas del día, los siete días de la semana para el diagnóstico y tratamiento de afecciones de salud físicas, conductuales o de rehabilitación.

Trabajador Social Independente: una persona autorizada como trabajador social independiente por la consejo de examinadores de asistencia social, conforme a la Ley de Práctica de Asistencia Social (secciones 61-31-1 a 61-31-24, NMSA 1978).

Marketplace: The State Based Exchange, beWellnm.

Necesidad Médica o Médicamente Necesario: los servicios de atención médica determinados por un proveedor, en consulta con la compañía de seguros de salud, como apropiados o necesarios, de acuerdo con:

- Cualquier principio y práctica generalmente aceptados aplicables de buena atención médica.
- Las pautas de práctica desarrolladas por el gobierno federal, las sociedades, consejos y asociaciones nacionales o médicas de índole profesional.

Cualquier protocolo clínico aplicable o pautas de práctica desarrolladas por la compañía de seguros de salud de acuerdo con dichas pautas federales, nacionales y de práctica profesional. Estas normas se aplicarán a las decisiones relacionadas con el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de una condición física o de salud conductual, dolencia, lesión o enfermedad.

Miembro: una persona que es elegible y se encuentra inscrita conforme a este Acuerdo, y para quien Molina recibió el primer pago de la Prima correspondiente (vinculante). El término incluye un Dependiente y un Suscriptor, a menos que el Suscriptor sea un adulto responsable (padre/madre o tutor legal) que solicite la Cobertura Solo para Niños bajo este Acuerdo en nombre de un niño menor de 21 años. En esos casos, el Suscriptor será responsable de realizar los pagos de la Prima y de los Costos Compartidos para el Miembro y actuará como representante legal del Miembro conforme a este Acuerdo, pero no será considerado un Miembro en sí.

Servicios de Salud Mental y Trastornos por Consumo de Sustancias: servicios profesionales Médicamente Necesarios, incluidos los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios y los medicamentos recetados, proporcionados de acuerdo con los estándares de atención generalmente reconocidos para la identificación, prevención, tratamiento, minimización de la progresión, habilitación y rehabilitación de afecciones o trastornos enumerados en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, incluido el trastorno por consumo de sustancias; o servicios profesionales de terapia de conversación, proporcionados de acuerdo con los estándares de atención generalmente reconocidos, incluida la colocación de un asegurado en un nivel de atención médicamente necesario, proporcionado por un terapeuta matrimonial y familiar con licencia de conformidad con el Capítulo 61 de la Ley de Práctica de Consejería y Terapia, Artículo 9A NMSA 1978.

Molina Healthcare of New Mexico Inc. (“Molina”): la corporación autorizada en New Mexico como Organización de Mantenimiento de la Salud y contratada en Marketplace.

Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura de Molina Healthcare of New Mexico, Inc.: este documento, que contiene información sobre la cobertura de este Plan. También se lo denomina “Acuerdo”.

Pautas de la Práctica Clínica Nacionalmente Reconocidas: pautas de práctica clínica basadas en la evidencia que:

- Son desarrolladas por organizaciones independientes o sociedades profesionales médicas que utilizan una metodología y una estructura de informes transparentes y con una política de conflicto de intereses.

- Son utilizadas para establecer estándares de atención informados por una revisión sistemática de la evidencia y una evaluación de los beneficios y riesgos de las opciones de atención alternativa e incluyen recomendaciones destinadas a optimizar la atención al paciente.

Proveedor No Participante: un Proveedor que no tiene un contrato con Molina para prestar Servicios Cubiertos a los Miembros.

Trasplante de órganos: incluye partes o la totalidad de los órganos, ojos o tejido.

Otro proveedor médico: Proveedores Participantes que brindan Servicios Cubiertos a Miembros dentro del alcance de su licencia, pero que no son Proveedores de Atención Primaria ni especialistas.

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

Proveedor Participante: un proveedor que, en virtud de un contrato expreso con Molina o con su contratista o subcontratista, ha acordado proporcionar servicios de atención médica a las personas cubiertas con la expectativa de recibir pagos directa o indirectamente de la aseguradora, sujeto a cualquier costo compartido requerido por el plan de beneficios de salud. También conocido como proveedor de la red o proveedor contratado.

Práctica de Farmacia: la evaluación e implementación de una orden legal de un profesional con licencia; la dispensación de recetas; la participación en la selección de medicamentos y dispositivos o la administración de medicamentos que haya sido ordenada por un profesional con licencia, revisiones de regímenes de medicamentos e investigación de medicamentos o relacionada con medicamentos; la administración o receta de terapia con medicamentos peligrosos, dispositivos o suministros para terapia con medicamentos recetados para afecciones de salud, incluida la diabetes; la prestación de asesoramiento al paciente y atención farmacéutica; la responsabilidad de preparar y etiquetar medicamentos y dispositivos; el almacenamiento adecuado y seguro de medicamentos y dispositivos; el pedido, la realización y la interpretación de pruebas autorizadas por la administración federal de alimentos y medicamentos y eximidas de conformidad con las Enmiendas Federales de

Mejora de Laboratorios Clínicos de 1988, con sus modificaciones; y el mantenimiento de registros adecuados.

- Un farmacéutico puede ordenar, probar, evaluar, tratar y proporcionar servicios preventivos para afecciones o situaciones de salud que incluyen:
- gripe;
- faringitis por estreptococo del grupo A;
- SARS-COV-2;
- infecciones urinarias sin complicaciones;
- virus de inmunodeficiencia humana, limitado a proporcionar profilaxis previa a la exposición y profilaxis posterior a la exposición; y
- otras amenazas de salud pública emergentes y existentes identificadas por el consejo o el departamento de salud durante emergencias de salud pública o civil.

Asistente Médico: Una persona capacitada que se graduó de un programa de asistentes médico o de asistentes de cirugía aprobado por una institución reconocida a nivel nacional, autorizado en el estado de New Mexico para ejercer la medicina bajo la supervisión de un médico autorizado.

Proveedor(es) médico(s) de Medicina Alternativa: una persona que tiene una licencia o certificado que lo autoriza a ofrecer o realizar diagnósticos, tratamientos, operaciones y emitir recetas para cualquier dolor, lesión, enfermedad, deformidad o afección física o mental, conforme a las siguientes leyes:

- Ley de Práctica de Médicos Quiroprácticos (sección 61-4-1, NMSA 1978).
- Ley de Atención de la Salud Dental (sección 61-5A-1, NMSA 1978).
- Ley de Práctica Médica (sección 61-6-1, NMSA 1978).
- Capítulo 61, artículo 10, NMSA 1978.
- Ley de Práctica de Acupuntura y Medicina Oriental (sección 61-14A-1, NMSA 1978).

Plan: cobertura de Seguro de Salud emitida para una persona y sus Dependientes, si corresponde, que brinda beneficios para los Servicios Cubiertos. Según los servicios, se pueden aplicar los Costos Compartidos para los miembros.

Servicios Posteriores a la Estabilización: artículos y servicios que se brindan (independientemente del departamento del hospital en el que ocurra) después de que el Miembro se estabilice y como parte de la observación ambulatoria o de una estadía hospitalaria o ambulatoria con respecto a la consulta en la que se prestaron los Servicios de Emergencia.

Proveedor de atención primaria: un médico, incluso un M.D. (doctor en medicina) o D.O. (Doctor en Medicina Osteopática), Enfermero Profesional Certificado, Enfermero Clínico Especialista o Asistente Médico, según lo permitido por la Ley Estatal y los términos del Plan, que proporciona, coordina o ayuda a un Miembro a acceder a una variedad de servicios de atención médica. Conforme a la norma 13.10.21.7 de NMAC, otros profesionales de atención médica también pueden proporcionar atención primaria, como Proveedores Médicos de Medicina Alternativa y Médicos de Medicina Oriental.

Autorización Previa o **precertificación** significa una determinación previa a la prestación de servicios realizada por Molina con respecto a la elegibilidad de un Miembro para recibir servicios de atención médica en función de la necesidad médica, la cobertura de beneficios de salud y la idoneidad y el sitio de los servicios de conformidad con los términos del plan de beneficios de salud.

La Autorización Previa no es una garantía de pago por servicios cuando se descubre que se proporcionó en función de información tergiversada o fraudulenta por parte del Proveedor o del Miembro, y la cobertura será denegada.

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

Partera No Titulada: cualquier persona que ejerce como partera y está registrada como una Partera No Titulada en el Departamento de Salud de New Mexico.

Rescisión de Cobertura: una cancelación o interrupción de la cobertura que tiene un efecto retroactivo es una rescisión de la cobertura y está prohibida por la ley. La cancelación o la interrupción de la cobertura no se consideran una rescisión si: la cancelación o la interrupción de la cobertura solo tienen un efecto prospectivo, o si la cancelación o la interrupción de la cobertura entran en vigor de manera retroactiva, al punto que son atribuibles a una falta de pago oportuno de las Primas requeridas, los Prepagos o las contribuciones al costo de la cobertura.

Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés): un resumen de los beneficios y exclusiones que se debe otorgar antes o en el momento de la inscripción a un posible suscriptor o persona cubierta por Molina.

Área de servicio: el área geográfica donde Molina ha sido autorizada por el Estado para comercializar productos individuales que se venden a través de Marketplace, inscribir a los Miembros que desean cobertura a través de Marketplace y brindar beneficios a través de planes de salud individuales aprobados vendidos a través de Marketplace. El área de servicio de Molina Healthcare of New Mexico abarca todo el estado de New Mexico.

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

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

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

Examen complementario de mama: significa un examen de la mama médicamente necesario y apropiado a nivel clínico mediante una resonancia magnética mamaria o una ecografía mamaria que: (a) se utiliza para detectar el cáncer de mama cuando no se observa ni se sospecha ninguna anomalía; y (b) se basa en los antecedentes médicos personales o familiares, o en otros factores, que pueden aumentar el riesgo de cáncer de mama de la persona.

Factura Sorpresa:

- una factura que un proveedor no participante emite a una persona cubierta por servicios de atención médica prestados en las circunstancias que se enumeran a continuación, por un monto que excede la obligación de costo compartido de la persona cubierta que se aplicaría para los mismos servicios de atención médica si estos hubieran sido prestados por un proveedor participante:

    - Atención de emergencia proporcionada por el proveedor no participante.
    - Servicios de atención médica que no son atención de emergencia, prestados por un proveedor no participante en un centro participante donde ocurra lo siguiente:

        - No hay proveedores participantes disponibles.
        - - Un proveedor no participante presta servicios imprevistos.
        - - Un proveedor no participante presta servicios para los cuales la persona cubierta no ha otorgado su consentimiento específico para que el proveedor no participante preste el servicio.

- No significa una factura en los siguientes casos:

    - Para los servicios de atención médica recibidos por una persona cubierta cuando un proveedor participante estaba disponible para prestar estos servicios y la persona cubierta decidió, conscientemente, obtener los servicios de un proveedor no participante sin Autorización Previa, o
    - Recibida por los servicios de atención médica prestados por un proveedor no participante a una persona cubierta cuya cobertura se proporciona conforme a un plan de proveedor preferido; siempre y cuando los servicios de atención médica no se proporcionen como atención de emergencia o no sean por servicios prestados en virtud del Subpárrafo (b) del párrafo (1) de esta subsección.

Facturación Sorpresa: ocurre cuando un Miembro recibe una factura de un Proveedor No Participante que excede su obligación de costo compartido para el Servicio Cubierto en una de las dos situaciones siguientes:

- Acude a un Proveedor No Participante para recibir Atención de Emergencia, excluido el transporte en ambulancia.

- Acude a un Proveedor No Participante en un Centro de Atención Médica de un Proveedor Participante y (i) no hay Proveedores Participantes disponibles, (ii) un Proveedor No Participante presta servicios imprevistos, o (iii) un Proveedor No Participante presta servicios para los cuales el miembro no otorgó su consentimiento específico.

Tasa de Reembolso para la Factura Sorpresa: el percentil sesenta de la tasa de reembolso comercial permitida para un servicio de atención médica determinado, prestado por un proveedor de la misma especialidad o similar y en la misma área geográfica, según se indica en una base de datos de referencia gestionada por una organización sin fines de lucro que el superintendente determina después de consultar con las partes interesadas del sector de atención médica; siempre y cuando no se pague ninguna tarifa por reembolso de factura sorpresa inferior al ciento cincuenta por ciento de la tarifa de reembolso de Medicare de 2017 por el servicio de atención médica aplicable proporcionado.

Ley de Protección contra la Facturación Sorpresa;

- El Costo Compartido y las limitaciones de beneficios para un servicio médico de emergencia prestado por un proveedor no participante serán los mismos que si los prestara un proveedor participante. No se requiere autorización previa para los servicios médicos de emergencia.
- El Costo Compartido y las limitaciones de beneficios para servicios médicos no de emergencia médicamente necesarios prestados por proveedores no participantes en centros participantes en los que la persona cubierta no tenga la capacidad o la oportunidad de elegir recibir el servicio por parte de un proveedor participante serán los mismos que si el servicio fuera prestado por un proveedor participante.
- El Costo Compartido y las limitaciones de beneficios para servicios médicos no de emergencia médicamente necesarios en donde no haya un proveedor participante disponible para prestar el servicio serán los mismos que si el servicio fuera prestado por un proveedor participante.

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

Situación de Atención de Urgencia: una situación en la que cualquier persona sensata, que posea un conocimiento promedio de medicina y salud, considere que no tiene una Condición Médica de Emergencia, pero necesita atención expeditiva debido a las siguientes razones:

- la vida o la salud de la persona cubierta, en caso contrario, estarían en riesgo;
- la capacidad de la persona cubierta para recuperar la función máxima, en caso contrario, estaría en riesgo;

- según la opinión de un médico con conocimiento de la condición médica de la persona cubierta, una demora sometería a esta persona a un dolor intenso que no se puede manejar de manera adecuada sin atención ni tratamiento;
- las exigencias médicas del caso requieren una atención expeditiva; o
- la reclamación de la persona cubierta implica, por otros motivos, una atención de urgencia.

Atención Virtual: se refiere a la prestación de servicios de atención médica de forma remota utilizando tecnologías digitales como videollamadas, llamadas telefónicas, mensajes seguros, aplicaciones móviles o portales en línea. Permite que los pacientes y los proveedores se comuniquen sin estar en la misma ubicación física.

INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD

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

Período de Inscripción Abierta: el Marketplace establecerá un periodo anual en el que las personas que cumplan los requisitos podrán solicitar e inscribirse en un plan de seguro de salud para el año siguiente. La inscripción abierta vigente es del 15 de noviembre al 15 de diciembre. La Fecha de Entrada en Vigor de la cobertura será el 1.º de enero o en 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 de un miembro será determinada por el Marketplace. Para obtener más información sobre la Inscripción Abierta y los Períodos Especiales de Inscripción, visite: beWellnm.com.

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

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

- **Cónyuge**: la persona casada legalmente con el Suscriptor conforme a la Ley Estatal.

- **Niño o Niños:** Los hijos, hijas, hijos adoptivos, hijastros, hijos de acogida o cualquiera de sus descendientes, como los nietos, del Suscriptor. Cada niño tiene derecho a solicitar la inscripción como Dependiente hasta los 26 años.
- **Niño con Discapacidad:** Un hijo que cumpla 26 años puede seguir siendo Dependiente si cumple los siguientes requisitos:
  - El niño es incapaz de tener un empleo autosostenible debido a una lesión, enfermedad o afección que genere discapacidad física o mental.
  - El hijo de cualquier edad depende, principalmente, del Suscriptor para su apoyo y manutención, en el caso de que tenga una discapacidad permanente y total.
  - El niño sigue estando cubierto por Molina mientras esté incapacitado y cumpla los criterios de elegibilidad anteriores.
- **Pareja Doméstica**: Una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que convive y comparte la vida doméstica con el Suscriptor, pero que no está casada ni en unión civil con el Suscriptor. La pareja doméstica debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y verificación de socios nacionales establecidos por el Marketplace o la Ley Estatal.

Adición de nuevos Dependientes: una persona puede ser elegible para volverse un Dependiente después de que el Suscriptor se inscribe en este Plan. La persona elegible puede inscribirse como Dependiente en el Plan del Miembro. Para hacerlo, los Miembros deben comunicarse con el Marketplace y completar cualquier solicitud, formulario y brindar la información solicitada para el Dependiente. Para inscribir a un nuevo Dependiente, se debe presentar la solicitud del Miembro a Marketplace dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el Dependiente se convirtió en elegible para inscribirse en el Plan.

- **Niño Nacido Fuera de Matrimonio**: Molina Healthcare no denegará la inscripción de un niño bajo este Acuerdo si el padre o la madre del niño están cubiertos bajo este Acuerdo por considerar que el niño 1) nació fuera del matrimonio, 2) no aparece como dependiente en la declaración federal de impuestos del padre o la madre o 3) no reside con el padre o la madre o no reside en el Área de Servicio de Molina.

- **Hijos (Menores de 26 Años)**: los niños pueden agregarse como Dependientes si el Suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:

  - La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.
  - El niño se vuelve un Dependiente a través del matrimonio, el nacimiento, la colocación en hogar de acogida, la adopción, la colocación en adopción, manutención de niños u otra orden judicial.
  - El Niño se traslada permanentemente al área de servicio.

- **Orden Judicial para Proporcionar Cobertura Infantil**: cuando, por medio de una orden judicial o administrativa, un padre, madre o tutor están obligados a proporcionar cobertura de salud para un niño y son elegibles para la cobertura médica familiar bajo esta EOC, Molina deberá realizar lo siguiente:

    - Permitir que el padre, madre o tutor elegibles inscriban en la cobertura familiar bajo esta EOC, a un niño que de otra manera es elegible para la cobertura, sin tener en cuenta las restricciones de la temporada de inscripción.
    - Si el padre, madre o tutor elegibles están inscritos, pero no realizan la solicitud para obtener cobertura para el niño, inscribir al niño bajo cobertura familiar tras la solicitud del otro padre o madre a través de la agencia estatal que administra el programa Medicaid o la agencia estatal que administra el programa de cumplimiento de la manutención de niños, 42 U.S.C., secciones 651 a 669.
    - No cancelar la inscripción o eliminar la cobertura del niño, a menos que Molina reciba pruebas escritas satisfactorias de lo siguiente: (a) de que la orden judicial o administrativa ya no está en vigor; o (b) de que el niño está inscrito o estará inscrito en una cobertura de salud comparable a través de otra aseguradora de salud o programa de atención médica que entrará en vigor no más tarde de la fecha efectiva de cancelación de la inscripción. Sin embargo, en ningún caso Molina Healthcare puede cancelar la inscripción o eliminar la cobertura del niño si dicha acción no está permitida por la ley aplicable.

- **Niño en Crianza Temporal**: un niño recién asignado a crianza temporal o un niño asignado a Usted o a Su Cónyuge para crianza temporal está cubierto a partir de la fecha que sea anterior entre las siguientes:

    - La fecha de la colocación en crianza temporal.
    - La fecha en que Usted o Su Cónyuge obtienen el derecho legal de controlar la atención médica del niño.

Si usted no inscribe el niño en crianza temporal o el niño asignado a Usted o Su Cónyuge dentro de 60 días, el niño está cubierto por solo 31 días. Esto incluye la fecha de colocación en crianza temporal o cuando se obtuvo el derecho legal de controlar la atención médica del niño, lo que sea antes. A efectos de este requisito, el “derecho legal a controlar la atención médica” significa que Usted o Su Cónyuge tienen:

- Un documento escrito firmado. Esto puede ser:
- un informe de liberación del menor de un centro de salud, o
- un formulario de autorización médica, o
- un formulario de renuncia, o bien
- otra evidencia que demuestre que Usted o Su Cónyuge tienen el derecho legal de controlar la atención médica del niño.

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

Hijo recién nacido: un hijo recién nacido de un Suscriptor o cónyuge inscrito es elegible como Dependiente a partir de su nacimiento. Un recién nacido tiene cobertura automáticamente durante 31 días, en el momento del nacimiento, si la notificación del nacimiento de un niño recién nacido y el pago de la prima requerida se proporcionan a beWellnm dentro de los treinta y un días posteriores al momento del nacimiento para tener la cobertura desde el nacimiento. Un hijo recién nacido es elegible para continuar con la inscripción si se lo inscribió en Molina dentro de los 60 días.

Cónyuge: Se puede agregar a un(a) Cónyuge como Dependiente del Suscriptor, si este presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.
- La fecha de matrimonio con el Suscriptor.
- El Cónyuge se traslada permanentemente al área de servicio.

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

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

- A las 11:59 p. m. (hora local), del último día del año calendario en que el hijo Dependiente cumpla 26 años, a menos que el hijo tenga una discapacidad y cumpla con los criterios específicos (consulte la sección “Niño con Discapacidad”).
- La fecha en que se dicta una sentencia final de divorcio, anulación o disolución del matrimonio entre el Cónyuge Dependiente y el Suscriptor.
- La fecha de terminación 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. (hora de la Montaña), del último día del año calendario en el que el Miembro no Dependiente alcanza la edad límite de 21 años. El Miembro y 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, Molina le enviará una notificación por escrito al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor de la finalización de la cobertura del Miembro. El Miembro tiene la opción de apelar la pérdida de elegibilidad con el Marketplace.

PAGO DE LA PRIMA

Para comenzar y mantener la cobertura bajo este Plan, Molina exige que los Miembros realicen pagos mensuales en contraprestación, conocidos como Pagos de la Prima o Primas. Los Pagos de Primas se realizan en su Marketplace.

Crédito Fiscal Anticipado para la Prima (APTC): este es un crédito fiscal que permite al Suscriptor reducir su Prima mensual por adelantado. Molina no determina ni proporciona estos créditos fiscales. Los Suscriptores deben comunicarse con el Marketplace para comprobar si cumplen los requisitos. Si son elegibles, los Suscriptores pueden utilizar el crédito fiscal por adelantado para reducir su Prima.

Aviso de Pago Atrasado: si tiene preguntas sobre avisos de pago atrasado, comuníquese con beWellnm al 1 (833) 862-3935.

Período de Gracia: un Período de Gracia es el plazo posterior al vencimiento del pago que no se ha hecho en su totalidad. Puede realizar un pago durante este tiempo para evitar una interrupción de la cobertura. La duración del Período de Gracia depende de si está inscrito en un plan vendido en el Exchange (BeWell) y si recibe APTC. Si un Suscriptor no ha efectuado el Pago de la Prima en su totalidad antes de la Fecha de Vencimiento, puede hacerlo durante el Período de Gracia para evitar la pérdida de su cobertura.

- **Período de Gracia para Suscriptores con APTC**: si el miembro no paga la prima a tiempo, Molina le otorgará un período de gracia de 90 días. Durante el período de gracia, pagaremos todas las reclamaciones correspondientes a los servicios prestados durante este. Molina brindará un Período de Gracia de tres meses consecutivos al Suscriptor y sus Dependientes que estén recibiendo pagos de APTC en el momento en el que no pagan las Primas de manera oportuna. 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 todas las reclamaciones correspondientes por los servicios prestados al Suscriptor y sus Dependientes durante el primer mes del Período de Gracia y podrá suspender las reclamaciones por servicios en el segundo y tercer mes del Período de Gracia; Molina terminará este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m. (hora local) del último día del primer mes del Período de Gracia si el Suscriptor no le paga a Molina todas las Primas adeudadas.

- **Período de Gracia para Suscriptores Sin APTC:** Si el miembro no paga su prima a tiempo, Molina le otorgará un período de gracia de 31 días consecutivos para un Suscriptor y sus Dependientes que, en el momento de no pagar las Primas a tiempo, no estén recibiendo un APTC. 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 todas las reclamaciones correspondientes a los servicios prestados al Suscriptor y a sus Dependientes. Si Molina no recibe el pago de todas las Primas adeudadas de parte del Suscriptor, Molina

dará por terminado este Acuerdo a las 11:59 p. m., hora local, en el último día del Período de Gracia.

Notificación de Terminación por Falta de Pago: beWellnm enviará una notificación por escrito al Suscriptor en la que informará la fecha del fin de la cobertura de Dependientes y del Suscriptor debido a la falta de pago de las Primas. Los Miembros tienen derecho a apelar una decisión de terminación. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación de esta decisión, ingrese en MolinaMarketplace.com, y consulte la sección “Apelaciones y Quejas” de este Acuerdo o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

Reinscripción Después de la Terminación por Falta de Pago: si tiene preguntas, comuníquese con beWellnm al 1 (833) 862-3935.

Restablecimiento : si alguna prima de renovación no se paga dentro del plazo concedido al asegurado para el pago, una aceptación subsiguiente de la prima por parte de la aseguradora o un agente debidamente autorizado de la aseguradora para aceptar dicha Prima, sin requerir en relación con ello, una solicitud de reincorporación, restablecerá la póliza; siempre que, si la compañía de seguros o el agente requieren una solicitud de reincorporación y emiten un recibo condicional para la prima ofrecida, la póliza se restablecerá tras la aprobación de la aseguradora de la solicitud o, sin dicha aprobación, el día treinta siguiente a la fecha de dicho recibo condicional, a menos que la compañía de seguros haya notificado previamente al asegurado por escrito su desaprobación de dicha solicitud. La póliza restablecida solo cubrirá las pérdidas resultantes de las lesiones accidentales que puedan sufrirse después de la fecha de restablecimiento y la pérdida debida a la enfermedad que pueda comenzar más de diez días después de esa fecha. En todos los demás aspectos, el asegurado y la compañía de seguros tendrán los mismos derechos según el mismo que tenían en virtud de la póliza inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la prima impaga, sujeto a cualquier disposición respaldada o adjunta a esta póliza en relación con el restablecimiento. Toda prima aceptada en relación con una reintegración se aplicará a un período para el cual no se haya pagado una prima antes, pero no a un período que supere los sesenta días antes de la fecha de la reintegración.

Si su póliza caduca debido a la falta de pago de su prima, si aceptamos un pago de prima subsiguiente, sin requerir una solicitud de reincorporación, ese pago restablecerá la póliza. Sin embargo, si requerimos una solicitud de reincorporación y emitimos un recibo condicional para el pago de la prima, restableceremos la póliza al aprobar la solicitud o, sin dicha aprobación, el trigésimo (30) día siguiente a la fecha de dicho recibo condicional, a menos que le notifiquemos previamente por escrito nuestra desaprobación. La póliza restablecida cubrirá solo la pérdida por lesiones si la lesión ocurre después de que la póliza sea restablecida y la pérdida por enfermedad si la enfermedad comienza más de diez (10) días después de que la póliza sea restablecida.

En todos los demás aspectos, tendrá los mismos derechos en virtud de la póliza restablecida que tenía en virtud de la póliza vencida, sujeto a cualquier disposición respaldada o adjunta a

esta póliza en relación con el restablecimiento. Aplicaremos la prima restablecida al período para el cual no se haya pagado una prima antes, pero no a un período que supere los sesenta (60) días antes de la fecha de restablecimiento.

Renovación de la cobertura: Molina renovará la cobertura de los Miembros el primer día de cada mes si recibió el pago de todas las Primas adeudadas. Consulte la sección del Período de Gracia de este acuerdo para obtener más información. La renovación está sujeta al derecho de Molina de enmendar este Acuerdo y a la continuación de la elegibilidad del Miembro para este Plan. Los Miembros deben seguir todos los procedimientos requeridos por el Marketplace para redeterminar la elegibilidad y la renovación garantizada de la inscripción.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La fecha de terminación es el primer día en el que un antiguo Miembro ya no está inscrito en Molina. La cobertura para un antiguo Miembro termina a las 11:59 p. m., hora de la montaña, del día anterior a la fecha de terminación. Molina notificará sobre la terminación al Miembro, incluido el motivo de la terminación, al menos 30 días antes de la fecha de terminación. Si Molina da por terminada la cobertura de un Miembro por cualquier razón, el Miembro debe pagar todos los montos adeudados en relación con su cobertura en Molina, incluidas las Primas, correspondientes al período anterior a la fecha de terminación. Excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional, si se termina la cobertura de un Miembro, los pagos de la Prima recibidos en nombre del Miembro terminado aplicables a los períodos posteriores a la fecha de terminación, menos los montos adeudados a Molina o a sus Proveedores por Servicios Cubiertos proporcionados antes de la fecha de Terminación, se reembolsarán al Suscriptor en un plazo de 30 días. Conforme a este Plan, Molina y sus Proveedores no tendrán ninguna responsabilidad ni obligación adicional. En casos de fraude o tergiversación intencional, Molina puede retener partes de este monto para recuperar las pérdidas por fraude o tergiversación intencional. Molina podrá dar por terminado el Acuerdo de un Miembro o no renovarlo por cualquiera de las siguientes razones:

Inelegibilidad para la Cobertura Solo para Niños y Dependientes debido a su edad: un Dependiente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura requeridos por el Marketplace y Molina debido a su edad. 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 requeridos por el Marketplace y Molina. Marketplace enviará al miembro una notificación en la que le informará la pérdida de la elegibilidad. Además, Molina enviará una notificación de terminación y también enviará una notificación por escrito al Miembro cuando tome conocimiento de que este ya no reside en el Área de Servicio. La cobertura terminará a las 11:59 p. m., hora de la 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: si tiene preguntas, comuníquese con beWellnm al 1 (833) 862-3935.

Fraude o tergiversación intencional: si un Miembro participa en una actividad fraudulenta o tergiversa intencionadamente un hecho relevante relacionado con su cobertura, Molina enviará un aviso por escrito de la rescisión de la cobertura, y la cobertura del Miembro finalizará a las 11:59 p. m., hora local, el día 30 a partir de la fecha en que se envía la notificación. Molina podrá rechazar una nueva inscripción del Miembro y podrá informar a las autoridades sobre cualquier sospecha de acto delictivo. Los miembros tienen la opción de apelar la rescisión de la cobertura.

Solicitud de cancelación de la inscripción por parte del Miembro: los Miembros pueden solicitar la cancelación de la inscripción al Marketplace. El Marketplace determinará la fecha del fin de la cobertura.

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

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

Además, una razón para la cancelación o la falta de renovación que el superintendente determine que no es objetable

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

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

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

En cualquier caso, se notificará oportunamente a los Miembros sobre su derecho a elegir la atención continua de dicho Proveedor bajo los mismos términos y condiciones que se habrían aplicado si el Proveedor aún fuera un Proveedor Participante. Si el Miembro elige continuar con la atención, estos términos y condiciones se aplicarán durante 90 días a partir de la notificación de Molina o hasta que finalice el Curso de Tratamiento Activo, lo que suceda primero.

Un Curso de Tratamiento Activo es cuando el Miembro:

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

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

Molina proporcionará Servicios Cubiertos a Costos Compartidos dentro de la red para el Curso de Tratamiento Activo, hasta alcanzar el monto inferior entre la Cantidad Aprobada de Molina y la tarifa acordada para tales servicios. Si Molina y el Proveedor no logran acordar una tarifa, el Miembro puede ser responsable ante el Proveedor por cualquier monto facturado que exceda la Cantidad Aprobada de Molina sujeto a la Ley Estatal o federal. Eso se sumaría a cualquier monto de Costos Compartidos dentro de la red que los Miembros adeuden conforme a este Acuerdo. Además, los pagos por montos que excedan el monto previamente contratado no se aplicarán al Deducible del Miembro ni al OOPM.

Para Pacientes Internados: con la ayuda del Miembro, Molina puede comunicarse con cualquier Aseguradora anterior (si corresponde) para determinar la responsabilidad de tal compañía en el pago de los servicios hospitalarios para pacientes internados a través del alta de cualquier admisión de Pacientes Internados que cruce las fechas de cobertura. Si no hay una disposición sobre la transición de la atención médica a través de la aseguradora anterior del Miembro o si este no tenía cobertura a través de una aseguradora en el momento de la admisión, Molina asumiría la responsabilidad de los Servicios Cubiertos en la fecha de entrada en vigor de la cobertura con Molina, no antes.

Acceso a la atención médica

Si tiene una emergencia, llame al 911. En caso de una emergencia, los Miembros pueden llamar a una ambulancia o dirigirse a un 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 del Proveedor Participante: en general, el Miembro debe recibir los Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante; de lo contrario, los servicios no están cubiertos, el Miembro será 100 % responsable del pago al Proveedor No Participante y los pagos no se aplicarán al Deducible del Miembro ni al OOPM. Molina le permite a un miembro plena libertad de elección al seleccionar un hospital o proveedor dentro del alcance de su licencia en el servicio y que trabaje como proveedor participante. Un Miembro puede recibir los Servicios Cubiertos de un Proveedor No Participante en los siguientes casos:

- Servicios de emergencia
- Servicios posteriores a la estabilización, a menos que el Miembro renuncie a las protecciones de Facturación del saldo.
- Servicios de un Proveedor No Participante en un Centro Participante que sea un hospital, centro quirúrgico ambulatorio u otro Centro participante requerido por la Ley Estatal, a menos que el Miembro renuncie a las protecciones de Facturación del Saldo.
- Servicios de ambulancia aérea
- Servicios de un Proveedor No Participante que están sujetos a Autorización Previa (incluidos los proveedores de servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias).
- Excepciones que se detallan a continuación, en la sección “Proveedor No Participante en un Centro de un Proveedor Participante”.
- Excepciones que se describen a continuación en “Proveedor No Participante que Brinda un Servicio Cubierto”
- Excepciones que se detallan en la sección “Continuidad de la Atención”
- En el caso de que los servicios cubiertos médicamente necesarios no estén razonablemente disponibles a través de un proveedor participante, Molina y el PCP u otro proveedor participante derivarán a una persona cubierta, una vez que se obtenga la Autorización previa, a un profesional de la salud no participante y reembolsarán completamente al profesional de la salud no participante a la tarifa usual, habitual y razonable o a una tarifa acordada. Antes de que Molina deniegue una derivación a un proveedor o profesional de la salud no participante, la solicitud será revisada por un especialista similar al tipo de especialista al que se solicita una derivación.

Para localizar a un Proveedor Participante, consulte el directorio de proveedores en MolinaMarketplace.com/NMGetCare o llame a Servicios para Miembros para solicitar una copia impresa. Molina proporcionará un aviso bianual por escrito de cualquier eliminación o adición a la lista de médicos de atención primaria en el área del miembro, y pondrá a disposición de los Miembros listas actualizadas más recientes a solicitud de conformidad con 13.10.23.8D NMAC.

Como los Proveedores No Participantes no están en la red de proveedores contratados de Molina, pueden Facturar el Saldo a los Miembros por la diferencia entre la Cantidad Aprobada de Molina y la tarifa que ellos cobran, a menos que se apliquen las protecciones de Facturación del Saldo.

Los Miembros pueden consultar MolinaMarketplace.com o comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente para obtener información adicional sobre las protecciones contra la Facturación del Saldo a través de las Leyes Federales y Estatales.

Tarjeta de Identificación del Miembro: los miembros deben llevar consigo su tarjeta de identificación del Miembro en todo momento. Además, deben exhibirla cada vez que reciban Servicios Cubiertos. Para obtener una tarjeta de identificación de reemplazo, visite MyMolina.com o comuníquese con Servicios para Miembros. Las versiones digitales de la tarjeta de identificación están disponibles a través de MyMolina.com y la Aplicación Móvil de Molina.

Derecho del Miembro a obtener servicios de atención médica por fuera del Acuerdo: Molina permite a los Miembros solicitar servicios de atención médica fuera de este Acuerdo en cualquier término o condición que elijan. Sin embargo, los Miembros serán plenamente responsables del pago de dichos servicios y estos pagos no contarán para su Deducible o Máximo Anual de Gastos de Bolsillo (OOPM, en inglés) por servicios cubiertos bajo este Acuerdo. Para conocer las excepciones, los Miembros deben revisar la sección Servicios Cubiertos de este Acuerdo y consultar las protecciones de Facturación del Saldo dispuestas por la Ley Estatal o federal.

Proveedor de Atención Primaria (PCP): un Proveedor de Atención Primaria (PCP, en inglés) se ocupa de las necesidades habituales y básicas de atención médica. Los PCP proporcionan a los Miembros servicios como exámenes físicos, vacunas o tratamientos para enfermedades o lesiones que no requieren atención médica de urgencia o emergencia. Molina recomienda a los Miembros que seleccionen un PCP del Directorio de Proveedores. Los Miembros pueden solicitar el cambio de su PCP en cualquier momento en MyMolina.com o comunicándose con 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 y no se necesita una derivación. En ocasiones, es posible que un Miembro no pueda seleccionar al PCP que desea del Directorio de Proveedores. Esto puede suceder por los siguientes motivos:

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

Servicios de telesalud:
la telesalud consiste en el uso de las telecomunicaciones y la informática para brindar acceso a las evaluaciones médicas, el diagnóstico, la intervención, las consultas, la supervisión y la información a cualquier distancia geográfica. Este servicio incluye diversas tecnologías como teléfonos, máquinas de fax, sistemas de correo electrónico y dispositivos de monitoreo remoto de pacientes, que se utilizan a fin de recolectar y transmitir los datos del paciente para su control e interpretación. Los Servicios Cubiertos también se encuentran disponibles a través de la Telesalud, excepto en los casos específicamente determinados en este Acuerdo. Los servicios de Telesalud incluyen terapia psiquiátrica. Para acceder a estos servicios, no se requiere el contacto en persona con el proveedor; además, el tipo de establecimiento donde se brindan no se encuentra limitado. Las siguientes disposiciones adicionales se aplican al uso de los servicios de Telesalud:

- Deben obtenerse de un Proveedor Participante.
- Están destinados a utilizarse cuando se necesita atención en el momento, para asuntos médicos que no sean de emergencia.
- Son un método de acceso a los Servicios Cubiertos, y no un beneficio separado.
- No están permitidos cuando el miembro y el Proveedor Participante se encuentran en la misma ubicación física.
- No incluyen solo mensajes de texto, fax o correo electrónico.

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

Proveedor No Participante que brinda un Servicio Cubierto: En el caso de que ningún Proveedor Participante esté disponible para proporcionar un Servicio Cubierto Médicamente Necesario que no sea de Emergencia, Molina se encargará de proporcionar el Servicio Cubierto a través de un Proveedor No Participante. El Servicio Cubierto se proporcionará de manera coherente con el mismo Servicio Cubierto cuando lo presta un Proveedor Participante sin costo mayor que este servicio.

Sin embargo, se requiere Autorización Previa antes de que un Proveedor No Participante pueda iniciar el servicio en este escenario.

No se hará responsable a un Miembro por el pago de los servicios si un Proveedor Participante hace por error una derivación a un Proveedor No Participante, a menos que Molina haya notificado por escrito al Miembro sobre el uso de un Proveedor No Participante y le haya informado que Molina no será responsable de futuros pagos a ese proveedor.

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

Acceso a la Atención para Miembros con Discapacidades: la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, en inglés) prohíbe la discriminación por motivos de discapacidad y exige que Molina y sus contratistas hagan adaptaciones razonables para los Miembros con discapacidades. Para solicitar asistencia con las adaptaciones razonables, los Miembros con discapacidades pueden comunicarse con Servicios para Miembros.

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 Servicios para Miembros 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 a Servicios para Miembros al número de TTY 711 para recibir ayuda.

Acceso para Personas con Visión Disminuida o Ciegas: Este Acuerdo y otros materiales importantes sobre productos estarán disponibles en formatos accesibles para personas con visión disminuida o ciegas. El formato en letra de molde grande está disponible. Este Acuerdo también está disponible en formato de audio. Para obtener formatos accesibles o recibir ayuda directa en la lectura del Acuerdo y otros materiales, llame a Servicios para Miembros.

Quejas Formales sobre el Acceso para Personas con Discapacidad: Si un Miembro cree que Molina o sus médicos no respondieron a sus necesidades de acceso para personas con discapacidades, puede presentar una queja formal ante Molina. Consulte la sección “Apelaciones y quejas formales” de este Acuerdo para obtener información sobre cómo presentar una queja formal.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Requisito de Autorización Previa

Ciertos tipos de atención requieren una autorización previa por nuestra parte.

Esto significa que usted o su proveedor deben solicitarnos que aprobemos la atención antes de recibirla.

Una lista completa y actualizada de los servicios y medicamentos recetados que están sujetos a un requisito de autorización previa se puede encontrar en MolinaMarketplace.com/NMGetCare.

Podemos rechazar el pago por atención no autorizada. Si su proveedor está participando y usted no aceptó recibir atención no autorizada, su proveedor no puede facturarle la atención. Si recibe atención médica no autorizada de un proveedor que no participa, es posible que usted sea totalmente responsable de pagar las facturas resultantes.

No exigimos autorización previa para lo siguiente:

- Servicios de emergencia.
- Servicios anticonceptivos que no están sujetos a ningún costo compartido.

- Una ecografía obstétrica o ginecológica.
- Los siguientes servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias: *
    - cuidados agudos o inmediatamente necesarios;
    - episodios agudos de enfermedades crónicas de salud mental o trastornos por consumo de sustancias; o
    - servicios iniciales de tratamiento para pacientes hospitalizados o ambulatorios por consumo de sustancias dentro de la red.

*Consulte la sección “Cobertura de Servicios de Salud Mental y Trastornos por Consumo de Sustancias” para obtener información adicional.

Además, la cobertura para medicamentos aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos que se receta para el tratamiento de trastornos autoinmunes, cáncer, enfermedades o afecciones raras o trastornos por consumo de sustancias tampoco está sujeta a autorización previa, de conformidad con una determinación de necesidad médica que tome un profesional de la salud de la misma especialidad de práctica o similar que generalmente maneja la afección médica, el procedimiento o el tratamiento bajo revisión.

- El proveedor de atención médica que está manejando la enfermedad o afección poco frecuente del paciente debe tener una comprensión inicial de la naturaleza de la enfermedad o afección poco frecuente del paciente o buscar la ayuda de alguien en la misma especialidad o similar y actuar bajo su dirección, incluso si ese especialista no está disponible dentro del estado.
- Para garantizar que las determinaciones médicamente necesarias se tomen de manera oportuna, los plazos para las determinaciones médicamente necesarias son los siguientes:
    - 7 (siete) días hábiles para determinaciones estándar; y
    - 24 horas para las determinaciones de emergencia cuando un retraso en el tratamiento podría ser perjudicial para usted.

Es importante tener en cuenta que se permiten autorizaciones previas para el tratamiento de un trastorno autoinmune, cáncer, enfermedad o afección rara o un trastorno por consumo de sustancias en los casos en que se dispone de una versión biosimilar, biológica intercambiable o genérica.

Requerimos autorización para continuar con la atención hospitalaria si usted es admitido en un hospital para recibir tratamiento de emergencia, pero su afección se estabiliza. Usted o su proveedor deben notificarnos dentro de las 24 horas o tan pronto como sea posible a partir de cuando comience a recibir tratamiento de emergencia para pacientes hospitalizados, y dentro de las 24 horas posteriores a que finalice la emergencia y su condición se estabilice.

PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Su proveedor preferido es responsable de saber qué atención requiere autorización previa y de presentarnos una solicitud de autorización previa.

Le daremos acceso a cualquier proveedor a todos los formularios e instrucciones necesarios para realizar la solicitud.

No se requiere que un proveedor fuera de la red/no preferido presente una solicitud de autorización previa para usted. Si consulta a uno de estos proveedores y ese proveedor no desea presentar una solicitud de autorización previa, usted puede presentar una solicitud de autorización previa en su propio nombre o en nombre de un dependiente. Le ayudaremos a obtener los documentos requeridos y le mostraremos las pautas que se aplican a la solicitud. Sin embargo, debido a que su proveedor debería poder recopilar la información requerida y enviarla antes, le recomendamos que le pida a su proveedor que solicite su autorización previa siempre que sea posible.

PLAZOS DE LA REVISIÓN DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Si no denegamos una solicitud de autorización previa completa dentro de estos plazos, la solicitud se aprueba automáticamente:

- **ATENCIÓN DE URGENCIA O MEDICAMENTOS RECETADOS**
- Si necesita atención médica urgente, atención de salud conductual o un medicamento recetado, resolveremos la solicitud en un plazo de 24 horas.

- **MEDICINA NO URGENTE**
- Si no tiene una necesidad urgente de un medicamento recetado, resolveremos la solicitud en un plazo de 3 días hábiles si su proveedor:
    - Utiliza el formulario de solicitud de autorización previa aprobado por la Oficina del Superintendente de Seguros de New Mexico;
    - Solicita una excepción a un proceso de terapia escalonada establecido; o
    - Solicita recetar un medicamento que normalmente no cubrimos.

- **SOLICITUDES DE ATENCIÓN MÉDICA ESTÁNDAR (NO URGENTE)**
- Para todas las demás solicitudes relacionadas con servicios médicos (no medicamentos recetados), tomaremos una determinación en un plazo de 7 días hábiles, a menos que la ley exija un plazo más corto.

El cumplimiento de estos plazos depende de que recibamos la información suficiente para evaluar la solicitud. Nuestro personal de gestión de la utilización puede responder preguntas que su proveedor pueda tener sobre la información requerida o cualquier aspecto del proceso de envío de solicitudes. Si necesitamos información adicional para evaluar una solicitud, se la pediremos a su proveedor. Su proveedor tendrá al menos 4 horas para proporcionar la información solicitada en relación con una solicitud de autorización previa urgente, y al menos dos días calendario para cualquier otro tipo de solicitud.

MOTIVO DE NUESTRA REVISIÓN

Nuestra revisión de una solicitud de autorización previa determinará si la atención propuesta implica un servicio cubierto, es médicamente necesaria y si se debe buscar un tipo alternativo de atención en lugar de la atención solicitada o antes que esta. Nuestras decisiones con respecto a la necesidad médica y las alternativas de atención se guiarán por los estándares de atención clínica actuales y serán tomadas por un profesional médico apropiado.

La autorización previa no garantiza el pago. No estamos obligados a pagar por un servicio autorizado si su cobertura finaliza antes de que usted reciba el servicio.

REVISIÓN POSTERIOR A LA ATENCIÓN

Si recibió atención sin una autorización previa requerida, podemos permitir que su proveedor solicite la autorización de manera retrospectiva. Nuestro equipo de gestión de utilización ayudará a su proveedor en el envío de una solicitud de autorización retrospectiva. Sin embargo, no autorizamos habitualmente la atención de forma retrospectiva. Para evitar incertidumbres, siempre es mejor solicitar una autorización previa.

DENEGACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Le informaremos por escrito si denegamos una solicitud de autorización previa o retroactiva. Nuestro aviso le explicará por qué rechazamos la solicitud y le proporcionará instrucciones para impugnar nuestra decisión si no está de acuerdo. Se muestra un resumen del proceso de resolución de disputas en la página 129 de este documento.

Tiene derecho a solicitar información sobre las pautas que seguimos para denegar su solicitud, incluso si no impugna nuestra decisión.

Lista de Autorización Previa: Molina debe aprobar la cobertura de algunos servicios y medicamentos para un Miembro. Este proceso se denomina Autorización Previa. Si un servicio requiere Autorización Previa, el Proveedor solicitará la autorización de Molina en nombre del Miembro. Si Molina no autoriza un servicio, el Miembro puede apelar la decisión. Los siguientes servicios requieren autorización en todos los casos:

- Estadía hospitalaria/ambulatoria (no de emergencia), no relacionada con la salud mental/consumo de sustancias).
- Cirugía.
- Pruebas Avanzadas de Imágenes y Especialidades.
- Terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés).
- Análisis Conductual Aplicado (ABA, en inglés) para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista (ASD, en inglés).

- Procedimientos Cosméticos, Plásticos y Reconstructivos: No se requiere PA con Diagnósticos de Cáncer de Mama.
- Equipo Médico Duradero.
- Admisiones Opcionales para Pacientes Internados.

    - Atención Hospitalaria de Cuidados Agudos.
    - Centros de enfermería especializada (SNF).
    - Cuidados agudos para pacientes internados.
    - Centros de cuidados agudos a largo plazo (LTAC, en inglés).

- Procedimientos Experimentales o de Investigación.
- Asesoramiento y Pruebas Genéticas.
- Medicamentos Administrados en la Atención Médica (esto incluye sitios de servicio como hospitales ambulatorios, SNF, centros de infusión, consultorios médicos).
- Servicios de Atención Médica Domiciliaria (incluidas PT/OT/ST en el hogar).
- Terapia Hiperbárica/para Heridas.
- Las Pruebas Neuropsicológicas y Psicológicas requerirán una revisión después del tratamiento inicial.
- Proveedores/Centros No Participantes como se describe en la sección Acceso a la Atención Médica.
- Terapia Ocupacional, Física y del Habla.
- Procedimientos en Hospital para pacientes ambulatorios o en Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC, en inglés).
- Procedimientos para el Control del Dolor.
- Aparatos Ortopédicos
- Radioterapia y Radiocirugía.
- Estudios del Sueño: excepto estudios de sueño domiciliarios (POS 12).
- Trasplantes/Terapia Génica, incluidos Órganos Sólidos y Médula Ósea.
- Transporte NEMT.
- Atención de la Vista como se describe en la sección Servicios para la Vista (Adultos y Pediátricos).

Revisión Simultánea Médica/Quirúrgica para Pacientes Internados: Molina realiza revisiones simultáneas en hospitalizaciones 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 médica aguda para pacientes internados, Molina coordinará los servicios en un plazo de 48 horas y continuará el seguimiento cada 48 horas.

Revisión Simultánea de Salud Conductual/Trastorno por Abuso de Sustancias para Pacientes Internados: Molina realiza revisiones simultáneas en hospitalizaciones de pacientes internados. Algunos servicios requieren notificación y un proceso llamado Revisión Simultánea. Si un servicio requiere Autorización de Revisión Simultánea, el Proveedor solicitará la autorización de Molina en nombre del Miembro. Si Molina no autoriza un servicio, el Miembro puede apelar la decisión. Para la atención médica aguda para pacientes internados, Molina coordinará los servicios en un plazo de 48 horas y continuará el seguimiento cada 48 horas.

Molina decidirá acerca de la autorización de acuerdo con los estándares de atención generalmente reconocidos según lo exijan las leyes estatales y federales para un servicio dentro del plazo establecido en la sección Plazos de Decisiones sobre Autorizaciones y después de recibir la solicitud y toda la información médica necesaria para decidir. Los Proveedores pueden solicitar que Molina acelere el proceso de autorización si el proceso estándar puede poner en riesgo la salud del Miembro. Molina notificará su decisión al Proveedor al finalizar el proceso de aprobación, dentro de los plazos requeridos por la Ley Estatal y Federal. Si Molina no aprueba la solicitud de servicio, se enviará una notificación al Miembro, en la que se incluirán sus derechos a apelar la denegación y la manera de hacerlo. Los requisitos de Autorización Previa de los Servicios Cubiertos están sujetos a cambios. Los Miembros deben comunicarse con el Centro de Servicios para Miembros o ingresar en el sitio web de Molina Marketplace antes de recibir los servicios.

Medicamentos y Medicamentos Recetados: las decisiones sobre la Autorización Previa y las notificaciones para acceder a los 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 “Cómo Solicitar una Excepción” de este Acuerdo. Según lo exige la Ley Estatal, las Autorizaciones Previas utilizan formularios de Autorización Previa uniformes para los protocolos de Autorización Previa de medicamentos recetados.

Necesidad Médica: las determinaciones de revisión simultánea y sobre las Autorizaciones Previas se toman 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, puede visitar MolinaMarketplace.com o comunicarse con Servicios para Miembros. Molina puede explicarle cómo se toma este tipo de decisión. El número de teléfono es 1 (888) 295-7651. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 711.

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

generalmente aceptada y es consistente con los parámetros de práctica generalmente aceptados.

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

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

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

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

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

La Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) se aplica cuando una persona tiene cobertura para atención médica de más de un Plan. El plan se define a continuación. Las reglas de determinación de orden de beneficios rigen el orden en que cada Plan pagará una reclamación por beneficios. El plan que paga primero se llama plan primario. El plan primario debe pagar beneficios de acuerdo con los términos de su póliza, sin considerar la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes no excedan el 100 % del Gasto total permitido.

Definiciones:
Como se usa en esta regulación, estas palabras y términos tienen los siguientes significados, a menos que el contexto indique claramente lo contrario:

A. (1) “Gasto permitido”, excepto como se establece a continuación o donde un estatuto requiere una definición diferente, significa cualquier gasto de atención médica, incluyendo coseguro o copagos y sin reducción para cualquier deducible aplicable, que esté cubierto en su totalidad o en parte por cualquiera de los planes que cubren a la persona.

(2) Si una persona cubierta le informa a un plan que todos los planes que cubren a la persona son planes de salud con deducible alto y la persona tiene la intención de contribuir a una cuenta de ahorros para la salud establecida de acuerdo con la Sección 223 del Código de Rentas Internas de 1986, el deducible del plan de salud primario con deducible alto no es un gasto permitido, excepto por cualquier gasto de atención médica incurrido que no pueda estar sujeto al deducible como se describe en la Sección 223(c)(2)(C) del Código de Rentas Internas de 1986.

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

A. En una disposición de COB, este plan significa la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica a los que se aplica la disposición de COB y que puede reducirse debido a los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporciona beneficios de atención médica está separada de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición de COB a ciertos beneficios, tales como beneficios dentales, en coordinación solo con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de COB para coordinar otros beneficios.
B. Las reglas de determinación del orden de los beneficios establecen si este es un Plan Primario o un Plan Secundario cuando la persona tiene cobertura para atención médica de más de un Plan. Cuando este plan es primario, determina el pago de sus beneficios antes de los de cualquier otro plan, sin considerar los beneficios de ningún otro plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro Plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del Plan no superen el 100 % del Gasto permitido total.
C. El gasto permitido es un gasto de atención médica, como Deducibles, Coseguro y Copagos, que está cubierto al menos en parte por cualquier Plan que cubra a la persona. Cuando un Plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un Gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún Plan que cubra a la persona no es un Gasto permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor no pueda cobrar a un Miembro, debido a que está prohibido por ley o de conformidad con un acuerdo contractual, no es un Gasto permitido. Los siguientes son ejemplos de gastos que no son Gastos permitidos:
    1. La diferencia entre el costo de una habitación de hospital semiprivada y una privada no es un Gasto permitido, a menos que uno de los Planes proporcione cobertura para los gastos de la habitación privada.

2. Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que computan sus pagos de beneficios sobre la base de tarifas habituales y razonables, o una metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier importe que supere el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un Gasto permitido.
3. Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que ofrecen beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, un monto que exceda las tarifas más altas negociadas no es un Gasto permitido.
4. Si una persona está cubierta por un Plan que calcula sus beneficios o servicios sobre la base de las tarifas usuales y habituales o de la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar y otro Plan que proporciona sus beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, el acuerdo de pago del Plan Primario será el Gasto Permitido para todos los Planes. Sin embargo, si el proveedor tiene un contrato con el Plan Secundario para proporcionar el beneficio o el servicio por una tarifa negociada específica o un monto de pago que sea diferente del acuerdo de pago del Plan Primario y, si el contrato del proveedor lo permite, la tarifa negociada o el pago serán los Gastos permitidos que el Plan Secundario utilice para determinar sus beneficios.
5. El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del Plan primario debido al incumplimiento de las disposiciones del Plan por parte de una persona no es un Gasto permitido. Algunos ejemplos de este tipo de disposiciones del Plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, precertificaciones de internaciones y contratos de Proveedores preferidos.
6. El Plan de panel cerrado es un Plan que proporciona beneficios de atención médica a las personas cubiertas principalmente en la forma de servicios a través de un panel de proveedores con los que tiene un contrato o a quienes ha empleado; no incluye la cobertura de servicios proporcionados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o derivación por parte de un miembro del panel.

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

Determinación del Orden de Beneficios: cuando una persona está cubierta por dos o más Planes, las reglas para determinar el orden de pago de beneficios son las siguientes:

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

B. (1) Salvo lo dispuesto en el Párrafo (2), un Plan que no contenga una disposición de coordinación de beneficios que sea coherente con esta norma es siempre primario a menos que las disposiciones de ambos Planes indiquen que el Plan de cumplimiento es primario.

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

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

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

(1) No Dependientes o Dependientes (a) Sujeto al Subpárrafo (b) de este párrafo, el plan que cubre a la persona en calidad distinta de la de dependiente, por ejemplo, como empleado, miembro, suscriptor, titular de póliza o jubilado, es el plan primario y el plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario. (b) (i) Si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de las disposiciones del Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos de implementación, Medicare es: (I) Secundario respecto del plan que cubre a la persona como dependiente; y (II) Primario respecto del plan que la cubre no como dependiente (p. ej., un empleado jubilado). (ii) Entonces el orden de los beneficios se invierte y, en este caso, el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor, titular de póliza o jubilado pasa a ser el plan secundario y el otro, que cubre a la persona como dependiente, es el plan primario.

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

(b) Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no viven juntos, independientemente de si se han casado o no: (i) Si un decreto judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del niño dependiente o de la cobertura de atención médica y el Plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese Plan es el primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que el Plan recibe notificación del decreto judicial; (ii) Si un decreto judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del Subpárrafo (a) anterior determinarán el orden de los beneficios; (iii) Si un decreto judicial establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de los padres tiene la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del Subpárrafo (a) anterior determinarán el orden de los beneficios; o (iv) Si no existe un decreto judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios para el hijo es el siguiente:

- El Plan que cubre al padre con custodia.
- El Plan que cubre al padre sin la custodia;
- El Plan que cubre al cónyuge del padre con custodia.
- El Plan que cubre al cónyuge del padre sin custodia.

(c) Para un hijo dependiente cubierto bajo más de un Plan de personas que son los padres del niño, las disposiciones del subpárrafo (a) o (b) anterior determinarán el orden de los beneficios como si esas personas fueran los padres del niño. niño.

(3) Empleado activo o jubilado, o empleado despedido. El Plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no fue despedido ni jubilado, es el Plan Primario. El plan que cubre a esa misma persona como un empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado retirado o despedido. Si el otro Plan no tiene esta regla, y como resultado, los Planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada bajo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.

(4) COBRA o Cobertura de Continuación Estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona conforme a la COBRA o bajo un derecho de continuación proporcionado por la ley estatal u otra ley federal está cubierta por otro Plan, el Plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado, o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado, es el Plan principal, y la continuación de cobertura estatal, federal o de COBRA es el Plan secundario. Si el otro Plan no tiene esta regla, y como resultado, los Planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada arriba bajo el punto D (1) puede determinar el orden de los beneficios.

(5) Mayor o menor duración de cobertura. El plan que cubrió a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado por más tiempo es el plan principal y el plan que cubrió a la persona por menos tiempo es el plan secundario.

(6) Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los Gastos permitidos se compartirán equitativamente entre los Planes que cumplan con la definición de Plan. Además, este plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan Primario.

Efecto sobre los Beneficios de este Plan: A. Cuando este Plan es secundario, puede reducir sus beneficios para que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes durante un año del plan no sean más que los Gastos permitidos totales. Como Secundario, este plan pagará en la medida que sea necesario para hacer frente a los litigios como aseguradores secundarios en virtud de las regulaciones establecidas por el superintendente; las organizaciones para el mantenimiento de la salud realizarán pagos por los siguientes tipos de servicios: (1) prestados por proveedores no participantes, (2) prestados fuera de sus áreas de servicio o (3) no cubiertos por los términos de este Acuerdo. Al determinar la cantidad a pagar por cualquier reclamación, el Plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura para atención médica y aplicará esa cantidad calculada a cualquier Gasto

permitido bajo su Plan que no sea pagado por el Plan principal. El plan secundario puede, entonces, reducir el monto de su pago de modo que, cuando se combina con el monto pagado por el plan primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes por la reclamación no superen el Gasto permitido total para esa reclamación. Además, el Plan secundario acreditará a su plan el deducible de cualquier monto que hubiera acreditado a su deducible en ausencia de otra cobertura para atención médica. B. Si una persona cubierta está inscrita en dos o más Planes de Panel Cerrado y si, por cualquier razón, incluida la prestación de servicios por un proveedor que no es parte del panel, el Plan de panel Cerrado no paga los beneficios, la COB no se aplicará entre ese Plan y otros Planes de Panel Cerrado.

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

Facilidad de Pago: un pago realizado bajo otro Plan puede incluir un monto que debería haber sido pagado bajo Este Plan. En ese caso, Molina puede pagar ese monto a la organización que hizo ese pago. Ese monto se tratará entonces como si fuera un beneficio pagado bajo este plan. Molina no tendrá que volver a pagar ese monto. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios. Si el monto de los pagos realizados por Molina es más de lo que debería haber pagado en virtud de esta disposición de COB, Molina podrá recuperar el exceso de una o varias de las personas a las que ha pagado o por las que ha pagado, o de otras personas u organizaciones que puedan ser responsables de los beneficios o servicios proporcionados a la persona cubierta. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

Derecho de Recuperación: si el importe de los pagos realizados por Molina es más de lo que deberíamos haber pagado en virtud de esta disposición de COB, podemos recuperar el exceso de una o más de las personas que pagamos o por las que habíamos pagado, o de otras personas u organizaciones que puedan ser responsables de los beneficios o servicios proporcionados ara el Miembro. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

Si Usted cree que no hemos pagado una reclamación correctamente, primero debe intentar resolver el problema comunicándose con Nosotros. Siga los pasos que se detallan en la sección “Quejas” a continuación. Si, de todos modos, no está satisfecho, puede llamar a la Oficina del Superintendente de Seguros de New Mexico para obtener instrucciones sobre cómo presentar una queja de consumidor. Llame al 1- 855-427-5674

o visite el sitio web de la Oficina del Superintendente de Seguros de New Mexico en www.osi.state.nm.us.

ATENCIÓN Y FACTURAS FUERA DE LA RED

Si recibe atención en cualquiera de las siguientes circunstancias de un proveedor que no se encuentre en su red, estos son sus derechos:

Si recibe atención de emergencia fuera de la red, incluido el servicio de ambulancia aérea:

- Solo es responsable de pagar lo que pagaría por la misma atención de un proveedor o centro de la red.
- NO es necesario que obtenga una autorización previa para acceder a los servicios de emergencia.
- Su atención puede continuar hasta que su condición se haya estabilizado. Si necesita atención adicional después de la estabilización, llámenos al 1 (888) 295-7651 y Molina Healthcare of New Mexico, Inc ("Molina"). lo ayudará a recibir esa atención de un proveedor de la red.
- No se le puede facturar el saldo.

Si recibe atención de un proveedor fuera de la red en un centro dentro de la red, como un hospital que está en su plan, solo es responsable de pagar lo que debería por la misma atención de un proveedor de la red si:

- Usted no dio su consentimiento para recibir servicios de un proveedor fuera de la red.
- No se le ofreció el servicio de un proveedor de la red.
- El servicio no estaba disponible de un proveedor de la red, según lo determinado por su proveedor de atención médica y su compañía de seguros de salud.

Si recibe una factura de un proveedor fuera de la red bajo cualquiera de las circunstancias anteriores que no cree que deba pagar:

- Llámenos primero al 1 (888) 295-7651. Molina intentará resolver el problema con el proveedor en su nombre.
- Comuníquese con la Oficina del Superintendente de Seguros de New Mexico si no resolvimos el problema: www.osi.state.nm.us o al 1- 855-427-5674.

Para ayudar a detener las facturas inapropiadas fuera de la red, Molina hará lo siguiente:

- Notificarle si su proveedor abandona nuestra red y permitirle recibir atención de transición con ese proveedor en el nivel de beneficios dentro de la red durante un máximo de 90 días, según su afección y el curso del tratamiento.

- Verificar la exactitud de la información de nuestro directorio de proveedores al menos cada 90 días.
- Confirmar si un proveedor está dentro de la red, si se comunica con nosotros al 1 (888) 295-7651. Si nuestro representante proporciona información inexacta en la que usted confía al elegir un proveedor, usted solo será responsable de pagar su monto de costo compartido dentro de la red por la atención recibida de ese proveedor.

Usted tiene derecho a recibir un aviso de lo siguiente antes de recibir atención fuera de la red en un centro de la red:

- Una estimación de buena fe de los cargos por atención fuera de la red.
- Al menos cinco días para cambiar de opinión antes de recibir un servicio programado fuera de la red. Si decide recibir atención fuera de la red, usted será responsable de los cargos fuera de la red que Molina no cubra.
- Una lista de proveedores participantes y la opción de ser derivado a cualquier proveedor que pueda proporcionar la atención necesaria.

Si paga a un proveedor fuera de la red más de lo que Molina determina que debe pagar:

- El proveedor le deberá un reembolso dentro de los 45 días posteriores a la recepción del pago por nuestra parte.
- Si usted no recibe un reembolso dentro de ese período de 45 días, el proveedor le deberá el reembolso más los intereses.
- Puede comunicarse con la Oficina del Superintendente de Seguros de New Mexico en www.osi.state.nm.us y al 1-855-427-5674 para obtener ayuda o para apelar la falta de reembolso por parte del proveedor. Debe presentar la apelación en un plazo de 180 días después de que expire el período de reembolso de 45 días.

COSTOS COMPARTIDOS: Molina exige que los Miembros paguen los Costos Compartidos de ciertos Servicios Cubiertos en conformidad con este Acuerdo. Los miembros deben revisar su SBC para conocer los Costos Compartidos que se aplican a los Servicios Cubiertos. Para ciertos Servicios Cubiertos, como los análisis de laboratorio y las radiografías, que se proporcionan en la misma fecha del servicio y en la misma ubicación de una visita al consultorio de un PCP o un Especialista, los Miembros solo serán responsables del monto de los Costos Compartidos aplicables a la visita al consultorio.

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

SERVICIOS CUBIERTOS

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

- La persona que recibe los Servicios Cubiertos es un Miembro en la fecha en la que se prestan dichos servicios.
- Los Servicios Cubiertos son médicamente necesarios, o Molina los aprobó.
- Los servicios se identifican como Servicios Cubiertos en este Acuerdo o según las leyes estatales y federales.
- El Miembro recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, excepto los Servicios Cubiertos que están expresamente cubiertos cuando los prestan Proveedores No Participantes según los términos de este Acuerdo.

Molina no cubrirá ningún servicio, suministro o equipo que se proporcione antes de la fecha de entrada en vigor o después de la fecha de terminación de este Acuerdo. Los Miembros deben leer este Acuerdo en su totalidad y con atención, a fin de comprender su cobertura y evitar ser financieramente responsables de los servicios que no están 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 (ACA, en inglés) y sus normas federales correspondientes. Los servicios que no son EHB se detallarán específicamente en este Acuerdo.

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

A los efectos del límite anual de los EHB, los Costos Compartidos se refieren a cualquier costo que un Miembro deba pagar para recibir los EHB. Los Costos Compartidos incluyen los deducibles, el coseguro y los copagos, pero excluye las primas y los gastos del miembro en los servicios no cubiertos.

Servicios de Acupuntura/Acupresión: Molina cubre la acupuntura y el tratamiento de acupresión. La acupuntura es un tratamiento mediante la inserción de agujas en el cuerpo para reducir el dolor o para inducir la anestesia. También se puede usar para otros diagnósticos según lo determine el médico/proveedor. Se recomienda que la acupuntura sea parte de un plan coordinado de atención aprobado por su médico/proveedor.

> Limitación: el beneficio de acupuntura se limita a 20 visitas por año del plan, a menos que el servicio sea recetado por un proveedor con fines de recuperación de habilidades o de rehabilitación.

Pruebas y Tratamiento de Alergias: Molina cubre pruebas de alergia, serología y tratamiento.

Anestesia: Molina cubre la anestesia y la administración de anestesia. La anestesia puede incluir cobertura de hipnoterapia. Se puede proporcionar anestesia general cuando la anestesia local no es eficaz debido a una infección aguda, variación anatómica o alergia.

Trastorno del Espectro Autista: Molina cubre el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. Esta cobertura incluye lo siguiente:

- Pruebas de detección de bebés y niños sanos para el diagnóstico del trastorno del espectro autista.
- Diagnóstico de autismo.

- El tratamiento del trastorno del espectro autista a través de la terapia del habla, la terapia ocupacional, la fisioterapia y el análisis conductual aplicado para desarrollar, mantener, restaurar y maximizar el funcionamiento del individuo, que puede incluir servicios de naturaleza de recuperación de habilidades o rehabilitadora.

La cobertura para el Trastorno del Espectro Autista se limita al tratamiento prescrito por su médico tratante de acuerdo con un plan de tratamiento.

Cualquier plan de tratamiento para tratar el trastorno del espectro autista deberá incluir los siguientes elementos:

- el diagnóstico;
- el tratamiento propuesto por tipos;
- la frecuencia y la duración del tratamiento;
- resultados previstos declarados como metas;
- frecuencia con la que se actualizará el plan de tratamiento; y
- firma del médico tratante.

A los efectos de esta sección, el término **"trastorno del espectro autista"** se refiere a una condición que cumple con los criterios de diagnóstico de los trastornos generalizados de desarrollo publicados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (también conocido como DSM-V-TR), edición actual, revisión de texto. Este manual es publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, en inglés) e incluye el trastorno del autismo; el trastorno de Asperger; trastornos generalizados de desarrollo no especificados de otro modo; el trastorno de Rett y el trastorno desintegrativo infantil. Consulte Servicios de Salud Mental (Pacientes Internados y Ambulatorios) para obtener información adicional.

Cirugía Bariátrica (limitación a una durante toda la vida): Molina cubre el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida (cirugía bariátrica) solo si es médicamente necesario según lo definido en este plan.

> Limitaciones: la cirugía bariátrica está cubierta para pacientes con un Índice de Masa Corporal (BMI, en inglés) de 35 kg/m2 o más que tienen un alto riesgo de aumento de la morbilidad debido a afecciones médicas comórbidas específicas relacionadas con la obesidad; y si un miembro cumple con estos criterios y todos los demás requisitos de este plan.

Para los Servicios Cubiertos relacionados con procedimientos de cirugía bariátrica, el Miembro pagará los Costos Compartidos que pagaría si los Servicios Cubiertos no estuvieran relacionados con un procedimiento quirúrgico bariátrico. Por ejemplo, en el caso de la atención para pacientes internados, el Miembro pagaría los Costos Compartidos que figuran en el apartado "Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados" del SBC de Molina Healthcare of New Mexico, Inc.

Molina cubrirá evaluaciones dietarias y asesoramiento para el manejo médico de la obesidad mórbida y la obesidad. Los medicamentos recetados médicamente necesarios para el tratamiento de la obesidad y la obesidad mórbida también están cubiertos.

Servicios de Biomarcadores: Molina cubre las pruebas de biomarcadores con fines de diagnóstico, tratamiento, manejo adecuado o monitoreo continuo de la enfermedad o afección de un miembro cuando la prueba está respaldada por evidencia médica y científica, que incluye:

- Indicaciones etiquetadas para una prueba aprobada o autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- Pruebas indicadas para un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- Advertencias y precauciones en las etiquetas de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- Determinaciones de cobertura nacional de los Centros federales de servicios de Medicare y Medicaid o determinaciones de cobertura local de contratistas administrativos de Medicare.
- Pautas de práctica clínica reconocidas a nivel nacional.

Molina garantiza que la cobertura se brinde de una manera que limite las interrupciones en la atención, incluida la cobertura de múltiples biopsias o muestras de muestras biológicas; y un miembro y su proveedor que prescribe pruebas de biomarcadores tienen procesos claros, accesibles y convenientes para solicitar una apelación de una denegación de beneficios por parte de Molina. Consulte la sección Procedimiento de Quejas Formales y Apelaciones de los Miembros en este acuerdo para obtener más detalles sobre las apelaciones. Se aplica el costo compartido de diagnóstico por imágenes.

Ensayos Clínicos sobre Cáncer u otras Afecciones Médicas Potencialmente Mortales: Molina cubre ensayos clínicos para el cáncer u otras afecciones médicas potencialmente mortales.

- La cobertura de los costos de atención de rutina del paciente significa:
  - Servicio médico o tratamiento que es un beneficio bajo este plan que estaría cubierto si estuviera recibiendo tratamiento estándar contra el cáncer u otro tratamiento para una afección médica potencialmente mortal, o
  - Medicamento proporcionado a un paciente durante un ensayo clínico si el medicamento ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, ya sea que esa organización haya aprobado o no el medicamento para su uso en el tratamiento de la afección particular del paciente, pero solo en la medida en que el medicamento no sea pagado por el fabricante, distribuidor o proveedor del medicamento.
- Los costos de atención médica de rutina están cubiertos para los miembros en un ensayo clínico si:
  - Se encuentra con otras enfermedades o afecciones potencialmente mortales durante el curso del tratamiento.
  - El ensayo clínico se realiza con el propósito de prevenir o evitar la recurrencia, la detección temprana o el tratamiento del cáncer u otro tratamiento médico por enfermedad potencialmente mortal para la cual no existe un tratamiento estándar igual o más efectivo.
  - El ensayo clínico no está diseñado exclusivamente para evaluar la toxicidad o la fisiopatología de la enfermedad y tiene una intención terapéutica.
  - El ensayo clínico se proporciona en New Mexico como parte de un estudio científico de una nueva terapia o intervención.
  - No existe un tratamiento no de investigación equivalente al ensayo clínico.
  - Existe una expectativa razonable mostrada en los datos clínicos o preclínicos de que el ensayo clínico será al menos tan eficaz como cualquier alternativa no de investigación.
  - Existe una expectativa razonable basada en datos clínicos de que el tratamiento médico proporcionado en el ensayo clínico será al menos tan efectivo como cualquier otro tratamiento médico.
- El ensayo clínico se lleva a cabo con la aprobación de al menos uno de los siguientes:
  - Uno de los Institutos Nacionales de la Salud federales.
  - Un grupo o centro cooperativo del National Institute of Health (Instituto Nacional de Salud) federal.
  - El Departamento de Defensa federal.
  - La Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) en forma de una solicitud de nuevo medicamento en investigación.

    - El Departamento federal de Asuntos de Veteranos.
    - Una entidad de investigación calificada que cumpla con los criterios establecidos por los Institutos Nacionales de Salud para la elegibilidad para la subvención.
    - Una entidad de investigación calificada que cumpla con los criterios establecidos por los Institutos Nacionales de Salud federales para la elegibilidad para la subvención.
    - Agency for Health Research and Quality (AHRQ).
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
    - El Departamento de Energía (DOE).
- El personal que proporciona el ensayo clínico o realiza el estudio:
    - Proporciona el ensayo clínico o realiza el estudio dentro de su ámbito de práctica, experiencia y capacitación y es capaz de proporcionar el ensayo clínico debido a su experiencia, capacitación y volumen de pacientes tratados para mantener su experiencia.
    - Acepta el reembolso como pago total del plan de salud a las tarifas establecidas por ese plan y que no superen el nivel de reembolso aplicable a otros servicios similares proporcionados por proveedores de atención médica dentro de la red de proveedores del plan.
    - Acepta proporcionar una notificación por escrito al plan de salud cuando un paciente ingrese o salga de un ensayo clínico.
- No existe un tratamiento no de investigación equivalente al ensayo clínico.
- Los datos clínicos o preclínicos disponibles proporcionan una expectativa razonable de que el ensayo clínico será al menos tan eficaz como cualquier alternativa no en investigación.
- Existe una expectativa razonable basada en datos clínicos de que el tratamiento médico proporcionado en el ensayo clínico será al menos tan efectivo como cualquier otro tratamiento médico.
- Costos rutinarios del paciente fuera del estado en el que reside el individuo.

Limitaciones:

- De conformidad con el documento de consentimiento informado del paciente, ningún tercero es responsable de los daños asociados con el tratamiento proporcionado durante una fase de un ensayo clínico.
- No proporcionaremos beneficios que suplanten una parte de un ensayo clínico que habitualmente es pagada por fuentes gubernamentales, biotécnicas, farmacéuticas o de la industria de dispositivos médicos.
- En ningún caso somos responsables de los costos fuera del estado o fuera de la red a menos que paguemos por el tratamiento estándar fuera del estado o fuera de la red. En ningún caso seremos responsables de los costos fuera del

estado por los ensayos realizados para los propósitos de la prevención de la recurrencia del cáncer u otra enfermedad potencialmente mortal.

Exclusiones:

- Costos del ensayo clínico que habitualmente pagan las fuentes gubernamentales, bioquímicas, farmacéuticas o de la industria de dispositivos médicos.
- El costo de un medicamento, dispositivo o procedimiento en investigación no aprobado por la FDA.
- El costo de un servicio no relacionado con la atención médica que el paciente debe recibir como resultado de la participación en el ensayo clínico.
- Costos asociados con la gestión de la investigación que está asociada con el ensayo clínico.
- Costos que no estarían cubiertos si se proporcionaran tratamientos no experimentales.
- Costos de las pruebas que son necesarias para la investigación del ensayo clínico.
- Costos pagados o no cobrados por los proveedores de ensayos clínicos.

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

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

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

Todas las aprobaciones y requisitos de autorización previa que se aplican a la atención de rutina para los Miembros que no están en un Ensayo Clínico Aprobado también se aplican a la atención de rutina para los Miembros en ensayos clínicos aprobados. En el caso de los Servicios Cubiertos de rutina durante un Ensayo Clínico Aprobado, los Costos Compartidos se aplicarán igual que si el servicio no estuviera específicamente relacionado con un Ensayo Clínico Aprobado. Los miembros pagarán los Costos Compartidos que pagarían si los servicios no se recibieran durante un ensayo clínico. Los Miembros deben comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información sobre la cobertura.

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

- Las pruebas y las pruebas de detección preventivas de cáncer (consulte la sección "Servicios Preventivos" de este Acuerdo para obtener más información).
- Pruebas de detección de diagnóstico, laboratorio y procedimientos
- La evaluación dental, las radiografías, el tratamiento con fluoruro y las extracciones necesarias a fin de preparar la mandíbula del miembro para la radioterapia contra el cáncer y otras enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello.
- Mastectomías (extirpación de la mama) y disecciones de los ganglios linfáticos (no menos de 48 horas de atención para pacientes internados después de una mastectomía y 24 horas de atención para pacientes internados después de una disección de los ganglios linfáticos para el tratamiento del 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).
- Asesoramiento conductual de cáncer de piel (de 6 meses a 24 años).

Quimioterapia y Radioterapia: Molina cubre el uso de agentes químicos o radiación para tratar o controlar una enfermedad grave.

Servicios quiroprácticos: Molina cubre los servicios quiroprácticos para afecciones médicas específicas, pero no están disponibles para la terapia de mantenimiento, como los ajustes de rutina. Los servicios quiroprácticos están sujetos a las siguientes condiciones:

- El profesional/proveedor determina de antemano que se puede esperar que el tratamiento quiropráctico resulte en una mejoría significativa de su afección en un período de dos meses.
  El tratamiento quiropráctico se limita específicamente al tratamiento mediante manipulación manual, es decir, mediante el uso de las manos y otros métodos de tratamiento aprobados por el plan, que incluyen, entre otros, la terapia de ultrasonido.
- La subluxación debe documentarse mediante un examen quiropráctico y documentarse en el expediente quiropráctico. Es posible que el plan no requiera

una demostración radiológica (radiografía) de la subluxación del tratamiento quiropráctico.
- La biorretroalimentación solo está cubierta para el tratamiento de la enfermedad o el fenómeno de Raynaud y la incontinencia urinaria o fecal.

No cobraremos un copago o Coseguro más alto por los servicios quiroprácticos que el que cobramos por los servicios de atención primaria.

Limitaciones: Los servicios quiroprácticos se limitan a 20 visitas al año, a menos que se recete la atención médicamente necesaria como un componente de los servicios de recuperación de habilidades o rehabilitación.

Circuncisión masculina en bebés recién nacidos: circuncisión en bebés recién nacidos, ya sea si el niño es hijo biológico o adoptado del Miembro, o si el niño está bajo crianza temporal del Miembro.

Servicios Dentales: Molina cubre los beneficios dentales con las siguientes condiciones cuando se considere médicamente necesario, excepto en una situación de atención de emergencia como se describe en la sección sobre Lesiones Accidentales/Atención de Urgencia/Servicios de Atención Médica de Emergencia y la Sección de Servicios de Observación:

- Lesión accidental de dientes naturales sanos, mandíbulas o tejido circundante. Las lesiones dentales causadas por masticar, morder o maloclusión no se consideran una lesión accidental y no se cubrirán.
- La corrección de afecciones fisiológicas no dentales como, entre otras, la reparación del paladar hendido que ha resultado en un deterioro funcional grave.
- El tratamiento de tumores y quistes que requieren examen patológico de las mandíbulas, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y la base de la boca.
- La hospitalización, cirugía de día, pacientes ambulatorios o anestesia para servicios dentales no cubiertos, están cubiertos, si se proporcionan en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio para cirugía dental. Para los miembros que exhiben condiciones físicas, intelectuales o médicamente comprometidas para las cuales no se puede esperar que el tratamiento dental bajo anestesia local, con o sin técnicas y modalidades complementarias adicionales, ofrezca un resultado exitoso y para el cual se puede esperar que el tratamiento dental bajo anestesia general produzca resultados superiores.
    - Para miembros para quienes la anestesia local no es eficaz para una infección aguda, variación anatómica o alergia.
    - Para niños o adolescentes dependientes cubiertos que muestre extrema falta de cooperación, temor, ansiedad o falta de comunicación con necesidades dentales de tal magnitud que el tratamiento no debe posponerse o aplazarse y

para quienes se puede esperar que la falta de tratamiento resulte en dolor dental u oral o infección, pérdida de dientes u otra mayor morbilidad oral o dental.
    - Para miembros con un traumatismo oral-facial o dental extenso para el cual el tratamiento bajo anestesia local sería ineficiente o riesgoso.
    - Para otros procedimientos para los cuales la hospitalización o anestesia general en un hospital o centro de cirugía ambulatoria es médicamente necesaria.
- Cirugía oral que es médicamente necesaria para tratar infecciones o abscesos de los dientes que afectaron la fascia o se diseminaron más allá del espacio dental.
- Servicios dentales pediátricos, incluidos chequeos de rutina, atención dental mayor y ortodoncia. Ver documentos adjuntos.
- Extracción de dientes infectados en preparación para un trasplante de órgano, cirugía de reemplazo de articulación o radioterapia de la cabeza y el cuello.

Este plan no cubre ningún beneficio dental independiente.

Trastornos de la Articulación Temporomandibular/Craneomandibular (TMJ/CMJ): Molina cubre el tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de los trastornos de la articulación temporo/craneomandibular (TMJ/CMJ), como la artroscopia, la fisioterapia o el uso de dispositivos ortopédicos (férulas de TMJ), que están sujetos a las mismas condiciones y limitaciones que se aplican al tratamiento de cualquier otra articulación del cuerpo.

Exclusiones:

- Atención dental de rutina, preventiva y para adultos.
- La atención dental y las radiografías dentales no están cubiertas, a excepción de lo dispuesto específicamente más arriba.
- Implantes dentales.
- Tratamiento de maloclusión, si forma parte de la atención dental de rutina y la ortodoncia.
- Los aparatos de ortodoncia y el tratamiento de ortodoncia (aparatos), coronas, puentes y dentaduras postizas utilizados para el tratamiento de trastornos de la Articulación Temporo/Craneomandibular no están cubiertos, a menos que el trastorno esté relacionado con un traumatismo.

Cobertura para Personas con Diabetes: el contrato del plan de beneficios de salud del miembro proporciona cobertura para servicios básicos de salud para personas con diabetes tipo 1 (diabetes dependiente de la insulina), diabetes tipo 2 (diabetes no dependiente de la insulina) y diabetes gestacional (personas con niveles elevados de glucosa en la sangre inducidos por el embarazo). Estos servicios básicos de salud consisten en:

- Atención médica preventiva
- Atención de emergencia
- Atención de médicos y hospitalaria para pacientes internados y ambulatorios
- Servicios de laboratorio de diagnóstico
- Servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos
- Medicamentos recetados
- Tratamiento y suministros

Esta cobertura es un servicio de atención médica básica que le da derecho al miembro al estándar de atención médica para la diabetes, cuando sea médicamente necesario, y no se reducirá ni eliminará.

En general, el proveedor del miembro diagnosticará al miembro con diabetes y le recetará el Equipo Médico Duradero (DME) médicamente necesario, suministros para pruebas de diabetes, insulina u otros medicamentos recetados utilizados para el tratamiento de la diabetes. Por lo general, una vez que un proveedor diagnostica al miembro con diabetes, cualquier proveedor puede recetar equipos médicos duraderos (DME) médicamente necesarios, suministros para pruebas de diabetes, insulina u otros medicamentos recetados.

Esta sección explica los servicios y beneficios cubiertos. Nada en esta sección del contrato del plan del miembro se interpretará en el sentido de que requiera el pago de recursos para la diabetes que no sean beneficios o servicios cubiertos.

Servicios Básicos de Atención Médica: el plan de beneficios de salud del miembro cubre los siguientes beneficios para la capacitación en autogestión de la diabetes proporcionada por un profesional de la salud certificado, registrado o autorizado con educación reciente en el manejo de la diabetes:

- Visitas médicamente necesarias al momento del diagnóstico de la diabetes.
- Tratamiento médicamente necesario de las úlceras activas del pie diabético, incluida la oxigenoterapia tópica.
- Visitas después de un diagnóstico que indique un cambio significativo en sus síntomas o afección que justifique cambios en su autocontrol.
- Visitas cuando la capacitación de reeducación o actualización es recetada por su proveedor con la autoridad para recetar.
- Visitas telefónicas con un Educador Certificado en Diabetes (CDE, en inglés). Es posible que se requiera que los educadores de diabetes aprobados sean profesionales/proveedores que estén registrados, certificados o autorizados como profesionales de la salud con educación reciente en el manejo de la diabetes.
- Terapia médica nutricional relacionada con la gestión de la diabetes.

Autorización Previa: los DME médicamente necesarios, los suministros para pruebas de diabetes, la insulina u otros medicamentos recetados utilizados para el tratamiento de la diabetes y cubiertos por su plan de beneficios de salud pueden estar sujetos a requisitos de autorización previa y terapia escalonada. No exigiremos al proveedor del

miembro que presente más de una solicitud de autorización previa por año de póliza para un medicamento o categoría de artículo cubierto, a menos que haya un cambio en el diagnóstico, el manejo o el tratamiento de la diabetes o sus complicaciones. La limitación de una autorización previa por año se aplica a los cambios en lo siguiente:

- La dosis recetada de un medicamento.
- Las cantidades de suministros necesarios para administrar un medicamento recetado.
- Las cantidades de equipos y suministros de autoevaluación de glucosa en sangre.
- Las cantidades de suministros necesarios para usar u operar dispositivos para los cuales un miembro haya recibido autorización previa durante el año de la póliza no estarán sujetos a requisitos adicionales de autorización previa en el mismo año de la póliza si el proveedor de atención médica del miembro lo considera médicamente necesario.

Costos Compartidos: el monto que el miembro pagará por una insulina recetada del formulario de preferencia, o una alternativa médicamente necesaria, no excederá un total de veinticinco dólares ($25.00) por suministro de treinta días. La cobertura de todos los demás beneficios, tratamientos y suministros relacionados con la diabetes puede estar sujeta a costos compartidos (deducible, copago y Coseguro) de acuerdo con el costo compartido impuesto a otros beneficios bajo el mismo contrato. Este costo compartido no excederá el costo compartido establecido para beneficios similares bajo su plan de beneficios de salud.

Acceso a la Red**:** Molina mantiene una red adecuada de proveedores, farmacias, proveedores de equipos médicos duraderos y otros proveedores para proporcionar al miembro un acceso adecuado y oportuno a los recursos para la diabetes médicamente necesarios. Si un contrato caduca o se termina, garantizaremos la disponibilidad y continuidad de la atención del miembro a través de otro proveedor de la red o un acuerdo de caso único con un proveedor fuera de la red.

Reembolso: Molina garantiza la cobertura de los DME médicamente necesarios, suministros para pruebas de diabetes, insulina u otros medicamentos recetados, en esta sección dentro de los límites del plan de beneficios de salud del miembro. Molina reembolsará al miembro si los beneficios mencionados anteriormente no estuvieran accesibles de manera oportuna y el miembro incurrió en gastos de su bolsillo.

Si el miembro no puede acceder a DME médicamente necesario, suministros para pruebas de diabetes, insulina u otros medicamentos recetados cubiertos por este plan de beneficios de salud de manera oportuna y cuando sea necesario, el miembro puede hacer lo siguiente:

- Comunicarse con nosotros al 1 (888) 295-7651 y ayudaremos al miembro a encontrar un proveedor de la red o lo derivaremos a un proveedor fuera de la red que pueda brindar el beneficio o servicio de manera oportuna.

- Pagar de su bolsillo y presentar una reclamación ante nosotros en mymolina.com. Le reembolsaremos al miembro el monto del beneficio cubierto sobre la misma base que si el beneficio se hubiera obtenido dentro de la red.

Una vez que recibamos la solicitud por escrito del miembro y el recibo de los gastos de bolsillo, le reembolsaremos al miembro dentro de los 30 (treinta) días. Si no reembolsamos al miembro de manera oportuna, pagaremos una tasa de interés del 18 % (dieciocho por ciento) por año sobre el monto adeudado.

Si el miembro no está satisfecho con nuestra resolución, puede presentar una queja ante la Oficina del Superintendente de Seguros en https://www.osi.state.nm.us/pages/misc/mhcb-complaint o llamando al 1-855-427-5674, opción 3.

Limitaciones:

- El cuidado rutinario de los pies, como el tratamiento de los pies planos o de otras desalineaciones estructurales de los pies, la eliminación de callosidades y callos, no está cubierto, a menos que sea médicamente necesario debido a la diabetes o a otras neuropatías periféricas significativas.
- Es posible que se requiera que los educadores de diabetes aprobados sean profesionales/proveedores que estén registrados, certificados o autorizados como profesionales de la salud con educación reciente en el manejo de la diabetes.

Exclusión: El cuidado rutinario de los pies, como el tratamiento de los pies planos o de otras desalineaciones estructurales de los pies, la eliminación de callosidades y callos, no está cubierto, a menos que sea médicamente necesario debido a la diabetes o a otras neuropatías periféricas significativas.

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 de necesidad médica desarrollados por Molina.

Equipo Médico Duradero: este plan cubre los equipos que cumplen con los siguientes estándares: el equipo es médicamente necesario para el tratamiento de una enfermedad, una lesión accidental o para evitar un mayor deterioro. El equipo debe estar diseñado para un uso repetido, incluidos los equipos de oxígeno, las sillas de ruedas funcionales y las muletas. Equipo que se considera estándar o básico, según se define en las pautas reconocidas a nivel nacional.

Aparatos ortóticos cubiertos, incluidos los siguientes:

- Dispositivos podológicos para prevenir complicaciones de los pies asociadas a la diabetes.
- Aparatos y otros dispositivos externos utilizados para corregir una función corporal, incluida la deformidad de pie equino.

De acuerdo con la ley estatal para Atención de la Diabetes, un miembro que haya recibido autorización previa durante el año de la póliza no estará sujeto a requisitos adicionales de autorización previa en el mismo año de la póliza si el profesional de la salud de la persona cubierta lo receta como médicamente necesario.

Limitaciones de los aparatos ortóticos: los aparatos ortóticos para los pies o los dispositivos de calzado solo cubren el dispositivo ortótico protésico o personalizado más apropiado que el médico tratante del miembro y los proveedores médicos asociados determinen que es médicamente necesario para restaurar o mantener la capacidad de completar actividades de la vida diaria o actividades esenciales relacionadas con el trabajo y que no es únicamente para la comodidad o conveniencia del miembro, que incluye a nuestros miembros con neuropatología diabética u otra neuropatología significativa. Las órtesis de pie, tobillo y rodilla (KAFO, en inglés) y de pie y tobillo (AFO, en inglés) fabricadas a medida están cubiertas para los miembros, de acuerdo con las pautas reconocidas a nivel nacional.

Dispositivos ortopédicos cubiertos: los dispositivos ortopédicos son dispositivos artificiales que reemplazan o refuerzan una parte faltante o deteriorada del cuerpo. La compra, la colocación y los ajustes necesarios de los dispositivos ortopédicos y los suministros que reemplazan de manera parcial o completa la función de una parte del cuerpo disfuncional o no funcional de manera permanente están cubiertos cuando reemplazan una extremidad u otra parte del cuerpo, después de una extracción accidental o quirúrgica o cuando debido al crecimiento del cuerpo se necesita un reemplazo.

Algunos ejemplos de dispositivos ortopédicos incluyen, entre otros:

- Prótesis de mama debido a mastectomías y mastectomías preventivas.
- Extremidades artificiales.
- Prótesis de ojo.
- Dispositivos de prostodoncia.
- Prótesis de pene.
- Reemplazos de articulaciones.
- Marcapasos cardíacos.
- Tubos de traqueotomía e implantes cocleares.

La reparación y el reemplazo del equipo médico duradero y los dispositivos protésicos y ortóticos deben realizarse en conformidad con la ley estatal. Están cubiertos la reparación y el reemplazo cuando son médicamente necesarios debido a cambios en la afección del miembro, desgastes o una vez que se alcance la expectativa de vida útil normal de los productos. Se cubre el alquiler de una silla de ruedas por un mes para los miembros que sean propietarios de una silla de ruedas que esté en reparación.

Estándares de Necesidad Médica y No Discriminación para la Cobertura de Dispositivos Protésicos y Aparatos Ortopédicos: Molina proporciona cobertura para dispositivos protésicos iniciales y secundarios y aparatos ortopédicos personalizados de manera no discriminatoria, y sin restricciones basadas en límites de utilización predeterminados, al mismo nivel y costo compartido que la cobertura proporcionada para beneficios médicos y quirúrgicos. Los dispositivos ortopédicos protésicos y personalizados se consideran beneficios de salud esenciales de recuperación de habilidades y rehabilitación y no están sujetos a requisitos financieros o restricciones de utilización por separado. La cobertura incluye:

- Atención clínica.
- Todos los suministros, materiales y dispositivos que el médico determine que son médicamente necesarios y más apropiados para maximizar la función de las extremidades superiores e inferiores, mantener actividades de la vida diaria o actividades esenciales relacionadas con el trabajo, y satisfacer las necesidades médicas de actividades físicas como, entre otras, correr, andar en bicicleta, nadar, entrenamiento de fuerza.
- Todos los servicios, incluidos el diseño, la fabricación y la reparación.
- Reemplazo, sin tener en cuenta las restricciones razonables de vida útil, incluido el reemplazo necesario debido a un cambio en la condición del paciente o del dispositivo si el reemplazo requiere reparaciones que cuesten más del 60 % del costo de reemplazo.
- Acceso a dispositivos ortopédicos protésicos y personalizados de al menos dos proveedores de dispositivos distintos dentro de la red.
    - En el caso de que los aparatos ortopédicos y protésicos cubiertos médicamente necesarios no estén disponibles en un proveedor de la red, consulte la cobertura del proveedor fuera de la red en la sección titulada “ATENCIÓN Y FACTURAS FUERA DE LA RED”.

Las decisiones de gestión de la utilización relacionadas con la cobertura de dispositivos ortopédicos protésicos o personalizados se aplicarán de manera no discriminatoria utilizando la versión más reciente del tratamiento basado en evidencia y los criterios de ajuste reconocidos por los especialistas clínicos relevantes o sus organizaciones. No se denegarán los beneficios de prótesis y ortesis personalizadas para una persona con pérdida o ausencia de extremidades que, de otro modo, estarían cubiertos para una persona sin discapacidad que busque una intervención médica o quirúrgica para restaurar o mantener la capacidad de realizar las mismas funciones diarias y actividad física. Sin embargo, la cobertura para dispositivos protésicos y ortóticos personalizados no se proporcionará cuando sea necesario únicamente por comodidad o conveniencia.

Vendajes quirúrgicos: los vendajes quirúrgicos que requieren receta médica de un profesional/proveedor y no se pueden comprar sin receta médica están cubiertos cuando son médicamente necesarios para el tratamiento de una herida causada o tratada por un procedimiento quirúrgico.

Las **medias de compresión graduada** están cubiertas para:

- Varices inflamadas y dolorosas graves y persistentes, o linfedema/edema o insuficiencia venosa que no responden a la elevación simple.
- Úlceras por estasis venosa que han sido tratadas por un médico/proveedor u otro profesional de la salud que requiere un desbridamiento médicamente necesario (limpieza de heridas).
  Las envolturas y prendas para linfedema recetadas bajo la dirección de un terapeuta de linfedema están cubiertas.

Los anteojos y lentes de contacto (limitados) solo estarán cubiertos en las siguientes circunstancias:

- Los lentes de contacto están cubiertos para la corrección de la afaquia (aquellos sin lentes en el ojo), queratocono o afecciones relacionadas con errores congénitos del metabolismo (IEM, en inglés). Esto incluye el examen de refracción ocular.
- Se cubre un par de anteojos estándar (no teñidos) (o lentes de contacto si es médicamente necesario) dentro de los 12 meses posteriores a la cirugía de cataratas o cuando esté relacionado con un error genético congénito del metabolismo. Esto incluye examen de refracción ocular, lentes y monturas estándar.

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

Servicios de emergencia cuando el miembro se encuentra fuera del Área de servicio: los Miembros deben acudir a la sala de Emergencias más cercana para recibir atención cuando estén fuera del Área de Servicio de Molina cuando crean que están teniendo una Emergencia. Comuníquese con Servicios para Miembros en un plazo de 24 horas o tan pronto como pueda para notificar a Molina.

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 a los Costos

Compartidos para los Servicios de Emergencia en el Resumen de Beneficios y Cobertura a nivel de la red. Los Miembros no están sujetos a la Facturación del Saldo para Servicios de Emergencia.

> Importante: Salvo que la Ley Estatal exija lo contrario, cuando los Servicios de Emergencia se reciben de Proveedores No Participantes para el tratamiento de una Condición Médica de Emergencia, las reclamaciones por los Servicios de Emergencia se pagarán hasta alcanzar la Cantidad Cubierta de Molina.

Atención de Emergencia, Atención de Urgencia, Lesión Accidental (Traumatismo, Servicios de Observación)
Atención de Emergencia: Molina cubre la atención de emergencia:

- Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, cuando esos servicios sean necesarios de inmediato para evitar riesgos para la salud del miembro.
- Para un procedimiento, tratamiento o servicio de atención médica, excluyendo el servicio de transporte en ambulancia, cuyo procedimiento, tratamiento o servicio se le proporciona después del inicio repentino de lo que razonablemente parece ser una afección médica o de salud conductual que se manifiesta por síntomas de gravedad suficiente, incluido dolor intenso, donde la ausencia de atención médica inmediata, independientemente del diagnóstico eventual, podría considerarse, según una persona lega razonable, como un peligro para la salud física o mental de una persona o la salud o seguridad de un feto o una persona embarazada, un deterioro grave de la función corporal, una disfunción grave de un órgano o parte corporal o la desfiguración de una persona.
- Para servicios de traumatismos y todos los demás servicios de emergencia hasta que el miembro esté médicamente estable, no requiera atención crítica y pueda ser transferido de manera segura a un centro de la red, si es necesario, según el criterio del médico tratante.

> Exclusión: Molina no cubre el uso de un centro de emergencia para servicios que no sean de emergencia, a menos que una persona razonable experimente una condición de salud que crea que podría poner en peligro su salud física o mental.

Servicios Posteriores a la Estabilización prestados por un Proveedor No Participante: excepto como se establece a continuación, cuando el traslado a un Hospital Proveedor Participante sea adecuado, o cuando se apliquen otras exclusiones de beneficios, Molina cubre los Servicios Posteriores a la Estabilización prestados por un Proveedor No Participante de acuerdo con las leyes Estatales y Federales. Los Servicios Posteriores a la Estabilización, ya sea de Proveedores Participantes o Proveedores No Participantes, están sujetos a los Costos Compartidos para los Servicios de Emergencia en el Resumen de Beneficios y Cobertura a nivel de la red.

Transferencia a un Hospital Proveedor Participante: se requiere Autorización Previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de Servicios de Emergencia y

otras excepciones identificadas en este Acuerdo. Para los miembros que son admitidos en un centro de Proveedores No Participantes para recibir servicios de emergencia, Molina trabajará con el miembro y su proveedor para proporcionar transporte a un centro de Proveedores Participantes. Si el Miembro rechaza la transferencia, los servicios adicionales proporcionados en el centro del Proveedor No Participante, incluidos los Servicios Posteriores a la Estabilización, no son Servicios Cubiertos. Es posible que los Servicios No Cubiertos no tengan derecho a las protecciones de Facturación del Saldo y el proveedor pueda facturar el saldo a los miembros por estos servicios. El Miembro será 100 % responsable de los pagos, y los pagos no se aplicarán al Máximo Anual de Gastos de Bolsillo.

Servicios de Ambulancia: Molina cubre los servicios de ambulancia de emergencia, que se definen como servicios de ambulancia terrestre o aérea prestados cuando usted requiere servicios de atención médica de emergencia en circunstancias que llevarían a una persona razonable/prudente que actúa de buena fe a creer que el transporte en cualquier otro vehículo pondría en peligro su salud. Cubrimos estos servicios solo en las siguientes circunstancias:

- Dentro de New Mexico, al centro dentro de la red más cercano donde se pueden prestar servicios de atención médica de emergencia y tratamiento, o a un centro fuera de la red si un centro dentro de la red no es razonablemente accesible o no puede proporcionar la atención requerida. Dichos servicios deben ser proporcionados por un servicio de ambulancia autorizado, en un vehículo que esté equipado y dotado de personal y equipo de soporte vital.
- Fuera de New Mexico, al centro apropiado más cercano donde se pueden prestar servicios y tratamientos de atención médica de emergencia. Dichos servicios deben ser proporcionados por un servicio de ambulancia autorizado, en un vehículo que esté equipado y dotado de personal y equipo de soporte vital.
- Es posible que no paguemos más por los servicios de ambulancia aérea de lo que hubiéramos pagado por los servicios de ambulancia terrestre a la misma distancia, a menos que su condición haga que la utilización de dichos servicios de transporte terrestre sea médicamente inapropiada.
- Al determinar si usted actuó de buena fe como un lego razonable/prudente al obtener servicios de ambulancia de emergencia, tomaremos en consideración los siguientes factores:
  - Si requirió servicios de atención médica de emergencia.
  - Los síntomas de presentación.
  - Si una persona razonable/prudente que posea un conocimiento promedio de salud y medicina hubiera creído que el transporte en cualquier otro vehículo habría puesto en peligro su salud.
  - Si su médico/proveedor o nuestro personal le aconsejaron buscar un servicio de ambulancia. Cualquier consejo de este tipo dará lugar al reembolso de todos

los servicios médicamente necesarios prestados, a menos que se limite o excluya de otro modo en virtud de este plan.

- Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de urgencias/quemaduras de Nivel I o II u otro designado adecuadamente de acuerdo con los protocolos de triaje y tratamiento de servicios médicos de emergencia establecidos.

Cubrimos servicios de ambulancia de alto riesgo, que se definen como servicios de ambulancia que son:

- No de emergencia.
- Médicamente necesarios para transportar a un paciente de alto riesgo.
- Recetados por su médico/proveedor.

La Cobertura para los Servicios de Ambulancia de Alto Riesgo se limita a:

- Servicio de ambulancia aérea cuando sea médicamente necesario. Sin embargo, es posible que no paguemos más por el servicio de ambulancia aérea de lo que habríamos pagado por el transporte a la misma distancia en servicios de ambulancia terrestre, a menos que su condición haga que la utilización de dichos servicios de ambulancia terrestre sea médicamente inapropiada.
- Servicios de ambulancia neonatal, incluido el servicio de ambulancia terrestre o aérea al centro de atención terciario más cercano cuando sea necesario para proteger la vida de un recién nacido o una madre.
- Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de urgencias/quemaduras de Nivel I o II u otro designado apropiadamente de acuerdo con los protocolos de tratamiento.

Los servicios de ambulancia de transferencia entre centros se definen como servicio de ambulancia terrestre o aérea
entre hospitales, centros de enfermería especializada o centros de diagnóstico. Los servicios de transferencia entre centros están cubiertos solo si son:

- Médicamente necesarios.
- Recetados por su médico/proveedor.
- Proporcionados por un servicio de ambulancia autorizado en un vehículo que esté equipado y dotado de personal y equipo de soporte vital.

Exclusiones**:** Molina no cubre el servicio de ambulancia (terrestre o aérea) a la oficina del forense o a una morgue, a menos que la ambulancia haya sido enviada antes de la declaración de la muerte por una persona autorizada por la ley estatal para hacer tal declaración.

Programa para la Familia, los Bebés y los Niños Pequeños (FIT): Molina ofrece cobertura a los niños Dependientes, desde el nacimiento hasta los tres años, que pueden recibir los servicios del Programa para la Familia, los Bebés y los Niños Pequeños (FIT, en inglés). El Programa FIT es administrado por el Departamento de Salud de New Mexico. Este programa brinda servicios de intervención para niños que tienen o están en riesgo de tener retrasos del desarrollo temprano o discapacidades. Molina cubre los servicios de intervención temprana Médicamente Necesarios que se proporcionan como parte de un plan familiar personalizado para niños Dependientes que están inscritos en el programa FIT del Departamento de Salud de New Mexico. Estos servicios deben prestarlos los proveedores designados y aprobados del Programa FIT. La cobertura y los servicios se proporcionan según lo definido en los requisitos para los Servicios de Intervención Temprana del Programa FIT bajo la ley de New Mexico.

El beneficio máximo es de $3,500 por Dependiente y por niño inscrito durante cada año calendario. Se aplicará el Costo Compartido para Visitas al Consultorio de Pacientes Ambulatorios.

Bajo esta sección, no se aplican pagos a límites máximos o límites anuales en virtud de este Acuerdo.

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;

Cobertura de Anticoncepción: usted tiene derecho a recibir ciertos servicios y suministros anticonceptivos cubiertos sin costo compartido y sin nuestra aprobación previa. Esto significa que no tiene que hacer un copago, Coseguro, alcanzar un deducible o pagar de su bolsillo por ninguna parte de los beneficios anticonceptivos enumerados en este resumen si los recibe de un proveedor de la red.

Es posible que deba pagar un copago, un Coseguro o un deducible si recibe un servicio o suministro de anticonceptivos de un proveedor fuera de la red si el mismo servicio o suministro está disponible dentro de la red. También puede pagar costos compartidos si recibe un anticonceptivo de marca cuando al menos un genérico o un equivalente terapéutico esté disponible.

Se requiere Autorización Previa para los servicios clínicos relacionados con la provisión o el uso de anticonceptivos, incluidas las consultas, los exámenes, los procedimientos, las ecografías, la anestesia, la educación del paciente, el asesoramiento, la inserción y extracción del dispositivo, la atención de seguimiento y el manejo de los efectos secundarios.

Métodos Anticonceptivos Cubiertos: Su plan cubre estos métodos anticonceptivos:

- Cirugía de Esterilización para Mujeres (incluida la Ligadura de trompas).
- Cirugía de Esterilización para los Hombres.

- IUD de Cobre.
- IUD con Progestina.
- Varilla Implantable.
- Inyectable/inyección.
- Anticonceptivos Orales (la Píldora) (Píldora Combinada).
- Anticonceptivos Orales (Uso Prolongado/Continuo).
- Anticonceptivos Orales (Minipíldora-Solo Progestina)
- Parche.
- Aro Anticonceptivo Vaginal.
- Diafragma con Espermicida.
- Esponja con Espermicida.
- Capuchón Cervical con Espermicida.
- Condones Masculinos.
- Condones Femeninos.
- Espermicida.
- Anticonceptivo de Emergencia: “Plan B”.
- Anticonceptivo de Emergencia – “Ella”.

Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada: los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC, en inglés), incluidos los Dispositivos Intrauterinos (IUD, en inglés) cubiertos sin costo compartido por su plan, se enumeran a continuación: MolinaMarketplace.com/NMFormulary2024. La cobertura sin costo compartido también se aplica a la inserción y extracción del IUD, incluida la extirpación quirúrgica, y a cualquier examen médico relacionado cuando los servicios se obtengan de un proveedor de la red. La cobertura de los LARC sin costo compartido también incluye (antes del alta) los servicios clínicos posparto.

Anticonceptivos Orales: los anticonceptivos orales cubiertos por su plan se enumeran a continuación: MolinaMarketplace.com/NMFormulary2024.

Dispensación por Seis Meses: tiene derecho a recibir un suministro de anticonceptivos para seis meses, si se lo recetan y se lo autoadministran, cuando su farmacia lo dispense de una sola vez. Para recibir este beneficio, su proveedor debe recetar específicamente el suministro para seis meses. Si necesita cambiar su método anticonceptivo antes de que se agote el suministro para seis meses, puede hacerlo sin costo compartido. No adeudará costos compartidos por ningún asesoramiento sobre anticonceptivos relacionado o manejo de efectos secundarios.

Medicamentos o Dispositivos de Marca: su plan puede excluir o aplicar costos compartidos a un anticonceptivo de marca si un equivalente genérico o terapéutico está disponible dentro de la misma categoría de anticonceptivos. Consulte la tabla de categorías de anticonceptivos anterior. Pregunte a su proveedor acerca de un posible equivalente.

Si su proveedor determina que un anticonceptivo de marca es médicamente necesario, su proveedor puede solicitarnos que cubramos ese anticonceptivo sin costo compartido. Si rechazamos la solicitud, usted o su proveedor pueden presentar una queja formal para impugnar esa denegación.

Vasectomías y Condones Masculinos: este plan cubre vasectomías y condones masculinos. No se requiere receta médica ni costo compartido para la cobertura de condones masculinos. Consulte la sección a continuación sobre Cobertura de Anticonceptivos Sin Receta para obtener instrucciones sobre el reembolso de los condones.

Infecciones de Transmisión Sexual: infección de transmisión sexual significa clamidia, sífilis, gonorrea, HIV y tipos relevantes de hepatitis, así como cualquier otra infección de transmisión sexual independientemente del modo de transporte, según lo designado por la regla al determinar que la infección de transmisión sexual en particular es contagiosa. Su plan cubre, y no se aplica ningún costo compartido, los métodos anticonceptivos que se recetan para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Esto incluye las pruebas de detección, los análisis, el examen o el asesoramiento y la administración, dispensación o recetado de medidas preventivas o medicamentos relacionados con la prevención de una infección de transmisión sexual. Además, la atención médicamente necesaria según lo determine un proveedor de atención médica para el manejo de una infección de transmisión sexual existente.

Cobertura de Anticonceptivos Sin Receta: su plan cubre la anticoncepción sin costo compartido, incluso cuando no se requiere una receta. Los métodos anticonceptivos como los condones o Plan B pueden entrar en esta categoría. No tendrá que pagar por adelantado por los anticonceptivos que no requieran receta cuando se obtengan a través de una farmacia de la red. Para todas las demás compras, puede enviar una solicitud de reembolso de la siguiente manera:

- Dentro de los 90 días posteriores a la fecha de compra del método anticonceptivo,
- Proporcione el recibo con el formulario de reembolso disponible en https://www.molinamarketplace.com/marketplace/nm/en-us/-/media/Molina/PublicWebsite/PDF/members/common/en-us/Marketplace/Rx-Reimbursement-Form.pdf?la=en, a:

  CVS Caremark
  P.O. Box 52136
  Phoenix, AZ 85072-2136

Si envía su solicitud completa de reembolso por vía electrónica o por fax, le reembolsaremos el importe correspondiente en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud. Si envía su solicitud completa de reembolso por correo de EE. UU., le reembolsaremos dentro de los 45 días. La falta de presentación de una solicitud completa puede dar lugar a retrasos en el reembolso.

Disponibilidad de Cobertura Fuera de la Red: según su plan, el uso de un proveedor fuera de la red para recetar o dispensar cobertura de anticonceptivos no es un beneficio cubierto.

Error Genético Congénito del Metabolismo: cubre el diagnóstico, seguimiento y control del trastorno de los errores genéticos congénitos del metabolismo. Están cubiertos los servicios médicos provistos por profesionales de atención médica con licencia, incluidos profesionales/proveedores, dietistas y nutricionistas con capacitación específica en el manejo de miembros diagnosticados con IEM. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Asesoramiento nutricional y médico.
- Servicios clínicos.
- Análisis bioquímico.
- Suministros médicos.
- Medicamentos recetados.
- Lentes correctivos para afecciones relacionadas con IEM.
- Manejo de la nutrición.
- Los Alimentos Médicos Especiales son artículos dietéticos que están especialmente procesados y preparados para usar en el tratamiento de IEM para compensar la anomalía metabólica y mantener un estado nutricional adecuado. Se pueden recetar alimentos médicos especiales para otras afecciones médicamente necesarias.
- Un par de anteojos estándar (no teñidos) (o lentes de contacto si es médicamente necesario) dentro de los 12 meses posteriores a la cirugía de cataratas o cuando esté relacionado con un error genético congénito del metabolismo. Esto incluye el examen de refracción ocular, lentes y monturas estándar.

Exclusiones:

- Los sustitutos de alimentos para la intolerancia a la lactosa u otras intolerancias a los carbohidratos, incluidos los alimentos de soya o las fórmulas elementales u otras ayudas digestivas de venta sin receta (OTC, en inglés), no están cubiertos, a menos que figuren como medicamentos de venta sin receta (OTC) cubiertos en el formulario de medicamentos de una aseguradora.
- Alimentos comunes que pueden formar parte de una dieta excluyente.
- Sustituciones alimentarias que no califican como alimentos médicos especiales para el tratamiento de IEM.
- Alimentos médicos especiales que no son médicamente necesarios.
- Suplementos dietéticos y artículos para afecciones que incluyen, entre otras, diabetes mellitus, hipertensión, hiperlipidemia, obesidad, trastorno del espectro autista, enfermedad celíaca y alergias a productos alimenticios.

Servicios de Recuperación de las Habilidades: Molina cubre servicios que lo ayudan a

aprender, mantener o mejorar destrezas y habilidades funcionales que es posible que no se estén desarrollando normalmente. Los servicios de recuperación de las habilidades incluyen terapia física, ocupacional y del habla y diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro autista.

Servicios de Audición: cubrimos un aparato auditivo por oído cada tres años. La cobertura de los aparatos auditivos incluye servicios de ajuste y dispensación, incluido el suministro de moldes de oído según sea necesario para mantener un ajuste óptimo, proporcionados por un audiólogo, un dispensador de aparatos auditivos o un médico.

- **Aparatos auditivos**: un proveedor no participante puede acceder a los servicios si Molina lo autoriza previamente. El Miembro pagará el Costo Compartido indicado en el SBC en Equipo Médico Duradero.
- **Pruebas de detección de audición**: Molina cubre pruebas de detección de audición rutinarios para Miembros de hasta 18 años, prestados por un Proveedor Participante calificado autorizado. Estos servicios se ofrecen sin costo alguno.

Servicios de Atención Médica Domiciliaria: Molina cubre los servicios prestados cuando está confinado en el hogar debido a una enfermedad física. Estos servicios incluyen servicios de atención médica intermitentes por expertos médicamente necesarios proporcionados por un enfermero registrado o un enfermero de práctica con licencia; terapeuta físico, ocupacional o respiratorio o patólogo del habla. Los servicios Intermitentes de auxiliares de Atención Médica Domiciliaria solo están cubiertos cuando forman parte de un plan de atención aprobado que incluye servicios especializados.

Estos servicios pueden incluir:

- Recolección de muestras que se enviarán a un laboratorio aprobado para su análisis.
- Estarán cubiertos el equipo médico, los medicamentos recetados, los servicios de laboratorio y los suministros que un profesional/proveedor considere médicamente necesarios para la prestación de servicios de atención médica domiciliaria, excepto el equipo médico duradero.
- Atención médica domiciliaria o servicios intravenosos en el hogar como alternativa a la hospitalización, según lo determine el profesional/proveedor.
- Nutrición parenteral y enteral total como única fuente de nutrición.
- Medicamentos (obtenidos a través del beneficio médico). Los fármacos médicos se definen como medicamentos administrados en el consultorio, sala de infusión o centro (incluida la atención médica domiciliaria) que requieren la administración de un profesional de la salud. Estos medicamentos incluyen, entre otros, medicamentos inyectables, infundidos, orales o inhalados. Pueden implicar una distribución única y se puede requerir que se obtengan del proveedor del emisor. La terapia de infusión es un beneficio cubierto en esta sección.

Limitación:

- Los beneficios están limitados a 100 días por año.
- Un máximo de cuatro horas por consulta para consultas de un enfermero, un trabajador social médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla, o un auxiliar de atención médica domiciliaria.

Exclusión:

- Enfermería de guardia privada.
- Las necesidades de cuidado de custodia que puede cubrir el personal médico sin licencia para satisfacer las actividades normales de la vida diaria no califican para los servicios de atención médica domiciliaria. Los ejemplos de cuidado de custodia que no están cubiertos incluyen, entre otros, bañarse, alimentarse, preparar comidas o realizar tareas de limpieza.

Atención médica para pacientes terminales
Molina cubre los servicios de atención médica para pacientes terminales en el hogar y para pacientes internados si tiene una enfermedad terminal. Los servicios deben ser proporcionados por un programa de cuidados paliativos aprobado durante un período de beneficios de cuidados paliativos y no estarán cubiertos en la medida en que dupliquen otros servicios cubiertos disponibles para usted. Los beneficios aprobados por un proveedor de cuidados paliativos u otro centro requieren la aprobación de su médico/proveedor.

Servicios**:** Cubrimos lo siguiente:

- Atención médica para pacientes terminales internados.
- Consultas con el médico/proveedor por parte de un profesional/proveedor de cuidados paliativos certificado.
- Servicios de atención médica domiciliaria por personal de atención médica domiciliaria.
- Terapia física
- Suministros médicos.
- Medicamentos recetados y medicamentos para el dolor y la incomodidad específicamente relacionados con la enfermedad terminal.
- Transporte médico.
- Cuidado de relevo (cuidado que proporciona un alivio para el cuidador) por un período que no exceda los cinco días continuos por cada 60 días de atención para pacientes terminales. No habrá más de dos estadías de cuidado de relevo disponibles durante un período de beneficios de cuidado paliativo.
- Cuando no haya un programa de atención médica para pacientes terminales certificado disponible, se aplicarán los beneficios de los servicios regulares de atención médica domiciliaria.

Limitaciones**:** el período de beneficios de atención médica para pacientes terminales se define de la siguiente manera:

- A partir de la fecha en que su médico/proveedor certifique que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos.
- Al final de los seis meses después de que comenzó, a menos que requiera una extensión del período de beneficios de atención médica para pacientes terminales que se muestra a continuación, o en el momento de su fallecimiento.
- Si un miembro requiere una extensión del período de beneficios de atención médica para pacientes terminales, este centro de atención debe proporcionar un nuevo plan de tratamiento y el médico/proveedor debe volver a autorizar la afección médica del miembro al plan. El plan no puede autorizar más de un período adicional de beneficios de atención médica para pacientes terminales.
- La persona que busca atención médica para pacientes terminales debe ser un miembro cubierto durante todo su período de beneficios de este tipo de atención.

Exclusiones: los siguientes beneficios no están cubiertos:

- Comida, alojamiento y comidas a domicilio.
- Servicios de voluntariado.

- Artículos personales o de confort como, entre otros, aromaterapia, ropa, almohadas, sillas especiales, terapia con mascotas, ventiladores, humidificadores y camas especiales (excluidos los cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero).
- Servicios de ama de llaves y tareas domésticas.
- Enfermería de guardia privada
- Asesoramiento pastoral y espiritual.
- Asesoramiento sobre el duelo.
- Atención domiciliaria de enfermería de custodia a largo plazo para afecciones no terminales.

Excluidos en virtud de este beneficio, pero pueden ser Beneficios Cubiertos en otras partes del plan:

- Cuidados agudos para pacientes internados para servicios curativos.
- Equipo Médico Duradero.
- Visitas del médico/proveedor por otra persona que no sea un profesional/proveedor de cuidados paliativos certificado.
- Servicios de ambulancia.

Oxígeno Hiperbárico: la oxigenoterapia hiperbárica es un beneficio cubierto solo si la terapia se propone para una afección reconocida como una de las indicaciones aceptadas según lo define el Comité de Oxigenoterapia Hiperbárica de la Sociedad Médica Submarina e Hiperbárica (UHMS) o según sea médicamente necesaria.

Hipnoterapia (limitada): la hipnoterapia solo está cubierta cuando la realiza un anestesiólogo o psiquiatra, capacitado en el uso de la hipnosis cuando sea médicamente necesario o cuando:

- Se usa dentro de las dos semanas previas a la cirugía para el manejo del dolor crónico.
- Para el manejo del dolor crónico cuando forma parte de un plan de tratamiento coordinado.

Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados: paciente internado significa que ha sido admitido por un profesional/proveedor de atención médica en un hospital con el propósito de recibir servicios hospitalarios. Los servicios hospitalarios para pacientes internados elegibles son servicios de cuidados agudos que se brindan cuando usted es un paciente registrado en una cama y hay un cargo por alojamiento y comida.

Las admisiones se consideran de pacientes internados según la necesidad médica, independientemente del tiempo que pasen en el hospital. Los beneficios hospitalarios para pacientes internados son los siguientes:

- Desintoxicación médica aguda.
- Atención médica y quirúrgica proporcionada por médicos, cirujanos, otros profesionales y cuidados de enfermería.
- Cargos del centro
- Alojamiento en habitación semiprivada.
- Comidas y dietas especiales o nutrición parenteral cuando sea médicamente necesario.
- Uso de todas las instalaciones hospitalarias cuando el médico de atención primaria o el profesional de atención médica tratante de la persona cubierta determine que el uso de dichas instalaciones es médicamente necesario.
- Productos farmacéuticos y otros medicamentos.
- Servicios de anestesia y oxígeno.
- Enfermería de servicio especial cuando sea médicamente necesario.
- Radioterapia.
- Terapia por inhalación.
- Administración de sangre completa y componentes sanguíneos cuando sea médicamente necesario.

Exclusiones**:** no está cubierta la desintoxicación médica aguda en un centro de tratamiento residencial. La rehabilitación no está cubierta como parte de la desintoxicación médica aguda.

Para obtener información sobre las excepciones, los Miembros deben revisar la sección “Acceso a la Atención Médica” del Acuerdo.

Los servicios para pacientes internados Médicamente Necesarios son general y habitualmente proporcionados por hospitales generales de cuidados intensivos dentro del Área de Servicio. Los servicios hospitalarios para pacientes internados incluirán, entre otros, alojamiento en habitaciones semiprivadas, atención de enfermería general, comidas y dietas especiales o nutrición parenteral cuando sea médicamente necesario, servicios de médicos y cirujanos, uso de todas las instalaciones hospitalarias cuando el proveedor de atención primaria o profesional de la salud tratante del miembro determinen que el uso de dichas instalaciones es médicamente necesario, productos farmacéuticos y otros medicamentos, servicios de anestesia y oxígeno, enfermería especial cuando sea médicamente necesario, radioterapia, terapia de inhalación y administración de sangre completa y componentes sanguíneos cuando sea médicamente necesario. Los Servicios No Cubiertos incluyen, entre otros, enfermería privada, bandejas para invitados y artículos de conveniencia para el paciente.

Tratamiento para la Infertilidad: Molina cubre el diagnóstico y los tratamientos médicamente necesarios para las condiciones físicas que causan infertilidad.

Exclusiones:

- Medicamentos recetados/utilizados para el tratamiento de la infertilidad.
- Medicamentos recetados/medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual.
- Reversión de esterilización voluntaria.
- Fertilización in vitro, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, en inglés) y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, en inglés).
- Almacenamiento o banco de esperma, óvulos (óvulos humanos), embriones, cigotos u otro tejido humano.

Análisis de laboratorio, servicios de radiología (radiografías) y servicios especializados de exploración: Molina cubre los servicios de diagnóstico, que son pruebas realizadas para determinar si un miembro tiene un problema médico o para determinar el estado de cualquier afección médica existente. Los siguientes beneficios son ejemplos de procedimientos cubiertos que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Prueba de calcificación arterial.
- Exploraciones de tomografía axial computarizada (CAT).
- Pruebas de angiografía por resonancia magnética (MRA, en inglés), pruebas de imágenes por resonancia magnética (MRI, en inglés).
- Estudios de trastornos del sueño en el hogar o en el centro.
- Estudios de densidad ósea.
- Pruebas de laboratorio clínico y servicios profesionales relacionados.
- Procedimientos gastrointestinales de laboratorio.
- Pruebas de función pulmonar.
- Servicios de radiología/radiografía.
- Prueba de biomarcadores.

Servicios de Salud Mental (para pacientes internados y ambulatorios): De acuerdo con la ley estatal, Molina cubre servicios de salud mental cuando los proporcionan Proveedores Participantes y centros que brindan atención dentro del alcance de su autorización. Molina también cubre Servicios de Salud Mental en el caso de Servicios de Emergencia y Servicios Posteriores a la Estabilización cuando los proporcionan Proveedores Participantes y No Participantes. Molina cubre el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales, incluidos servicios para el tratamiento de la disforia de género o de identidad de género, en la medida en que lo exijan las Leyes Federales y Estatales.

Se eliminan los costos compartidos para todos los servicios profesionales y auxiliares para el tratamiento, rehabilitación, prevención e identificación de enfermedades mentales, trastornos por abuso de sustancias y trastornos del espectro traumático. Esto incluye el costo compartido de los servicios del centro para pacientes internados, la desintoxicación, el tratamiento residencial y la hospitalización parcial, la terapia ambulatoria intensiva, los

servicios del centro para pacientes ambulatorios y todos los medicamentos, incluidos los medicamentos de farmacia de marca cuando los medicamentos genéricos no están disponibles. Costos compartidos significa cualquier copago, Coseguro, deducible o cualquier otra forma de obligación financiera de un afiliado que no sea una prima o una parte de una prima, o cualquier combinación de cualquiera de estas obligaciones financieras.

Molina puede requerir autorización para la cobertura de servicios, incluidos servicios para pacientes internados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. El proceso de autorización de revisión simultánea se aplica a todas las admisiones involuntarias. Consulte la sección “Revisión Simultánea para Pacientes Internados” de este Acuerdo para obtener más información. Excepto en los casos en que el miembro cancele un plan, Molina no terminará la cobertura de los servicios sin consultar con el proveedor de servicios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias del miembro.

A solicitud de un miembro, Molina puede facilitar la comunicación entre los proveedores de servicios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias y el proveedor de atención primaria designado por el miembro para garantizar la coordinación de la atención y evitar cualquier conflicto de atención que pueda ser perjudicial para el miembro.

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

Molina no cubre asesoramiento o terapia profesional, matrimonial, parental o laboral. Además, no están cubiertos el tratamiento o las pruebas dentro de un entorno de hospitalización relacionados con los Trastornos Generalizados del Desarrollo, incluido el trastorno del espectro autista, las discapacidades de aprendizaje o las discapacidades cognitivas, salvo disposición en contrario en este acuerdo. Molina no cubre los servicios para afecciones de salud mental que el DSM identifica como algo distinto de un Trastorno Mental.

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

- Atención para pacientes internados.
- Estabilización de crisis.
- Servicios de tratamiento residencial a corto plazo (se refiere a servicios de tratamiento residencial a corto plazo diseñados para abordar problemas de salud mental o trastornos por consumo de sustancias).
- 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

Determinación del Nivel de Atención

- Molina proporcionará cobertura para todos los servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias dentro de la red, de acuerdo con los estándares de atención generalmente reconocidos, incluida la colocación de un asegurado en un nivel de atención médicamente necesario.
- Los cambios en el nivel y la duración de la atención serán determinados por el proveedor del miembro en consulta con Molina.
- Las determinaciones del nivel de atención incluirán la colocación del miembro en un centro que proporcione servicios de desintoxicación, un hospital, un centro de tratamiento de rehabilitación para pacientes internados o un programa de tratamiento ambulatorio.
- La duración y el nivel de los servicios de atención para el miembro con un trastorno de salud mental o de abuso de sustancias se basarán en las necesidades del miembro y no en límites de tiempo específicos.

Servicios de Maternidad: Molina cubre los siguientes servicios:

- Servicios de atención de maternidad prenatal:
- Atención prenatal.
- Pruebas de diagnóstico relacionadas con el embarazo (incluida una prueba intravenosa de detección de alfa-fetoproteína, generalmente entre las dieciséis y las veinte semanas de embarazo, para detectar ciertas anomalías en el feto).
- Visitas a un obstetra.
- Partera certificada.
- Partera.
- Suplementos nutricionales según lo determine y recete el médico/proveedor tratante.

- Parto en un hospital o centro de maternidad con licencia.
- Servicios de atención de maternidad:
- La cobertura de maternidad está disponible para la madre y el recién nacido de la madre (si es miembro) durante al menos 48 horas de atención para pacientes internados después de un parto vaginal y al menos 96 horas de atención para pacientes internados después de una cesárea. No se requiere autorización previa para esta estadía.
- La atención de maternidad para pacientes internados que supere 48 horas después de un parto vaginal y 96 horas después de una cesárea estará cubierta si el médico/proveedor de atención médica de la madre determina que es médicamente necesaria.
- Los servicios de ambulancia de alto riesgo están cubiertos de acuerdo con el beneficio del servicio de ambulancia.
- Los servicios de una Partera o Partera Certificada están cubiertos por lo siguiente:
  - Los servicios de la partera se deben proporcionar estrictamente de acuerdo con su ámbito legal de práctica y de acuerdo con todas las regulaciones estatales de licencias aplicables, que pueden incluir un componente de supervisión.
  - Los servicios deben prestarse en preparación o en relación con el parto de un recién nacido.
  - A los efectos de la cobertura en virtud de este acuerdo, los únicos sitios de parto permitidos son un hospital o un centro de maternidad autorizado. Los partos domiciliarios electivos y cualquier servicio prenatal o posparto relacionado con los partos domiciliarios electivos no están cubiertos. Parto domiciliario electivo significa un parto que fue planeado o previsto por el miembro o profesional/proveedor para que ocurriera en el hogar.
- La atención al recién nacido estará cubierta desde el momento de su nacimiento cuando se inscriba de la siguiente manera:
  - Su recién nacido o el recién nacido de su cónyuge estarán cubiertos desde el momento del nacimiento si recibimos un aviso de que ha elegido la cobertura para el recién nacido dentro de los plazos especificados en la ley estatal y federal.
  - La atención neonatal está disponible para el recién nacido del miembro durante al menos 48 horas de atención para pacientes internados después de un parto vaginal y al menos 96 horas de atención para pacientes internados después de una cesárea. 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. Cualquier decisión de acortar el periodo de atención para pacientes internados para la madre o el recién nacido debe ser tomada por el Proveedor Participante que asiste. Esto debe hacerse en consulta con la madre y en

función de la Necesidad Médica. Si se acorta el periodo de hospitalización, se proporcionarán al menos 3 consultas de atención domiciliaria. Los Servicios médicos preventivos, de atención primaria y de laboratorio se aplicarán a los servicios posteriores al alta, según corresponda. Molina no cubre para ninguna persona los servicios relacionados con un acuerdo de subrogación.

- Los beneficios para el recién nacido que es miembro incluyen la cobertura por una lesión o enfermedad, incluida la atención y el tratamiento necesarios de anomalías y defectos congénitos diagnosticados por un médico. Cuando sea necesario para proteger la vida del bebé, la cobertura incluye el transporte, incluidos los servicios de ambulancia aérea al centro terciario más cercano. Los beneficios para miembros recién nacidos también incluyen cobertura para visitas a recién nacidos al hospital por parte del médico/proveedor del bebé, circuncisiones, incubadora y gastos de enfermería hospitalaria de rutina.

Exclusiones:

- Uso de un centro de emergencia para servicios que no son de emergencia.
- Los partos domiciliarios electivos y cualquier servicio prenatal o posparto relacionado con los partos domiciliarios electivos no están cubiertos. Los sitios permitidos para el parto de un niño son hospitales y centros de maternidad autorizados. Parto domiciliario electivo significa un parto que fue planeado o previsto por el miembro o profesional/proveedor para que ocurriera en el hogar.

Servicios de Salud Mental, Salud Conductual y Consumo de Sustancias: Molina cubre el tratamiento de afecciones mentales, de salud conductual y de consumo de sustancias. Los siguientes servicios están cubiertos:

- Servicios para pacientes internados y ambulatorios.
- La hospitalización parcial puede ser sustituida por servicios para pacientes internados a solicitud.
- El Programa de hospitalización parcial es un programa hospitalario no residencial que incluye varias terapias diarias y semanales.

Molina proporciona cobertura para todos los servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias dentro de la red, de acuerdo con los estándares de atención generalmente reconocidos, incluida su colocación en un nivel de atención médicamente necesario. Las determinaciones del nivel de atención incluyen la colocación en un centro que proporcione servicios de desintoxicación, un hospital, un centro de tratamiento de rehabilitación para pacientes internados o un programa de tratamiento ambulatorio. Determinaremos los cambios en el nivel y la duración de la atención en consulta con su proveedor. Esta determinación se basa en sus necesidades y no en ningún límite de tiempo arbitrario.

A su solicitud, podemos facilitar la comunicación entre su proveedor de servicios de salud mental o abuso de sustancias y su proveedor de atención primaria para garantizar la coordinación de la atención y evitar cualquier conflicto de atención que pueda ser perjudicial para usted.

Se eliminan los costos compartidos para todos los servicios profesionales y auxiliares para el tratamiento, rehabilitación, prevención e identificación de enfermedades mentales, trastornos por consumo de sustancias y trastornos del espectro traumático. Esto incluye costos compartidos para pacientes internados, desintoxicación, tratamiento residencial y hospitalización parcial, terapia ambulatoria intensiva, pacientes ambulatorios y todos los medicamentos, incluidos los medicamentos de farmacia de marca cuando los medicamentos genéricos no están disponibles.

“Costos compartidos” significa cualquier copago, Coseguro, deducible o cualquier otra forma de obligación financiera de un afiliado que no sea una prima o una parte de una prima, o cualquier combinación de cualquiera de estas obligaciones financieras. Si está inscrito en un plan HDHP elegible para la HSA, primero debe alcanzar su deducible.

Exclusiones:

- Para Servicios de Salud Mental/Conductual:
  - Tratamiento de la codependencia.
  - Duelo, asesoramiento pastoral/espiritual y sexual.
  - Pruebas psicológicas cuando no sean médicamente necesarias: educación especial, pruebas o evaluaciones escolares, asesoramiento, terapia o atención para deficiencias de aprendizaje o problemas disciplinarios o de comportamiento.
  - Evaluación o tratamiento por orden judicial, o el tratamiento que es una condición de libertad condicional o libertad bajo palabra o que sustituye la sentencia, como la evaluación o terapia psiquiátrica.
- Para Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias:
  - Tratamiento en hogar de transición.
  - Centros de tratamiento residencial, a menos que sea para el tratamiento del alcoholismo o el abuso de sustancias.
  - Tratamiento de la codependencia.
  - Duelo, asesoramiento pastoral/espiritual y sexual.
  - Evaluación o tratamiento por orden judicial, o el tratamiento que es una condición de libertad condicional o libertad bajo palabra o que sustituye la sentencia, como la evaluación o terapia psiquiátrica.

Apoyos, Asesoramiento y Suplementos Nutricionales: cubrimos los siguientes beneficios:

- Los suplementos nutricionales para la atención prenatal cuando son recetados por un médico/proveedor están cubiertos para mujeres embarazadas.
- Asesoramiento nutricional, según sea médicamente necesario.
- Los suplementos nutricionales que requieren una receta para ser dispensados están cubiertos cuando los receta un médico/proveedor y cuando son médicamente necesarios para reemplazar una deficiencia específica documentada.
- Los suplementos nutricionales administrados por inyección en el consultorio del médico/proveedor están cubiertos cuando son médicamente necesarios.
- Las fórmulas o productos enterales, como soporte nutricional, están cubiertos solo cuando los receta un médico/proveedor y se administran mediante alimentación por sonda enteral.
- La nutrición parenteral total (TPN, en inglés) es la administración de nutrientes a través de catéteres intravenosos a través de venas centrales o periféricas y está cubierta cuando lo solicita un médico/proveedor.
- Alimentos médicos especiales enumerados como beneficios cubiertos en el beneficio de Errores Genéticos Congénitos del Metabolismo (IEM) o según sea médicamente necesario.

Exclusiones:

- Alimentos para bebés (incluida la fórmula para bebés o la leche materna) u otros productos comestibles regulares que se pueden licuar y usar con el sistema enteral para alimentación oral o por sonda.
- Suplementos nutricionales recetados por un médico/proveedor tratante no debido a una deficiencia o como la única fuente de nutrición.

Interrupción del Embarazo: Molina cubre los servicios de interrupción del embarazo solo en la medida en que lo exija la ley federal y cualquier Ley Estatal. Incluye abortos terapéuticos.

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

Derechos de los Miembros a la Cobertura del Servicio de Salud Mental y Trastornos por Consumo de Sustancias:

Cobertura de Servicios de Salud Mental y Trastornos por Consumo de Sustancias

Su cobertura cumple con los requisitos de la Ley federal de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción y la Ley Estatal de Paridad en la Cobertura de Servicios de Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias (MH/SUD). Para obtener información adicional sobre estos requisitos o si siente que se han violado sus derechos, puede comunicarse con la Oficina del Superintendente de Seguros de NM a través de este enlace: https://www.osi.state.nm.us/

Sus derechos bajo estas leyes federales y estatales incluyen:

- En general, la cobertura en este plan no impone limitaciones más estrictas o restricciones financieras a los límites de cobertura de MH/SUD que están disponibles para beneficios médicos y quirúrgicos.
- Los servicios de MH/SUD que se ofrecen deben tener tratamiento disponible en: psiquiatría, psicología, asistencia social, asesoramiento clínico, asesoramiento en medicina de adicciones y asesoramiento familiar y matrimonial.
- Nuestros criterios de autorización deben seguir los estándares de atención generalmente reconocidos establecidos por los recursos basados en la evidencia, incluidas las pautas de práctica clínica y las recomendaciones de las asociaciones profesionales de proveedores de atención de MH/SUD y las agencias gubernamentales federales pertinentes.
- Las leyes federales y de New Mexico requieren que el plan no excluya la cobertura de los servicios de MH/SUD en las siguientes circunstancias:
    - Servicios que están disponibles para usted a través de las leyes federales o estatales para personas con discapacidades.
    - Servicios que están a su disposición a través de un programa de beneficio público.
    - Servicios que han sido ordenados por un tribunal y que un proveedor ha determinado que son médicamente necesarios.
    - Servicios para personas que tienen diagnósticos simultáneos de trastornos de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.
- Red de proveedores de MH/SUD:
    - Mantenemos una red adecuada según lo exigen los estándares de idoneidad de la red exigidos por el estado de New Mexico de los proveedores de servicios calificados de MH/SUD.
    - No tendrá que pagar extra por servicios fuera de la red si no se pueden proporcionar servicios similares dentro de nuestra red.
- Pautas para la autorización previa -
    - Ciertos tipos de servicios requieren nuestra autorización previa.
    - La autorización previa significa que usted o su proveedor deben solicitarnos que aprobemos la atención antes de recibirla.
    - La autorización previa no se puede retirar ni cambiar después de que el proveedor preste los servicios de buena fe, excepto en los casos de deshonestidad o violación del contrato del proveedor.
    - Se nos prohíbe solicitar autorización previa o derivación para la cobertura de servicios dentro de la red para: cuidados agudos o inmediatamente necesarios, episodios agudos de afecciones crónicas de MH/SUD, servicios iniciales de SUD para pacientes internados o ambulatorios dentro de la red.
    - La autorización previa se determinará en consulta con su proveedor de MH/SUD para la continuación de los servicios, a menos que su elegibilidad en el plan haya terminado.
    - La cobertura de medicamentos debe hacerse de acuerdo con una necesidad médica.
    - Para los medicamentos SUD, no podemos requerir autorización previa o “terapia escalonada” (como hacer que siga pasos adicionales antes de pagar el

medicamento recetado por su proveedor), a menos que haya un equivalente genérico o biosimilar (lo que significa un medicamento biológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. o la FDA que funcione de manera similar a su medicamento de referencia).

- Después de comenzar el tratamiento de MH/SUD dentro de la red, es posible que solicitemos que su proveedor nos notifique o desarrolle y envíe un plan de tratamiento para continuar con el tratamiento/los servicios.
- No podemos limitar la cobertura de los servicios de MH/SUD hasta el punto de aliviar los signos o la atención a corto plazo o el tratamiento agudo.
- Su tiempo de tratamiento se basará en sus necesidades y en la recomendación de su proveedor, no en límites de tiempo aleatorios.
- Determinaciones del nivel de atención:
  - El nivel de atención significa la gama de servicios que necesita para tratar su afección.
  - Su proveedor de MH/SUD decide, en consulta con el plan de salud, qué tipos de servicios necesita y por cuánto tiempo, según su diagnóstico y los estándares de atención generalmente reconocidos, en lugar de basarse en límites de tiempo aleatorios.
  - Los servicios pueden incluir la colocación en un centro que proporcione servicios de desintoxicación, un hospital, un centro de tratamiento de rehabilitación para pacientes internados o un programa de tratamiento ambulatorio.
  - Los cambios en el nivel y la duración de la atención los determinará su proveedor en consulta con el plan de salud.
- Proporcionaremos coordinación de la atención, lo que significa que podemos ayudar a la comunicación entre los proveedores de servicios de MH/SUD y usted para prevenir cualquier conflicto de atención que pueda ser perjudicial para usted.
- Nos aseguraremos de que nuestras políticas de MH/SUD estén a su disposición.
- Protegemos su confidencialidad al recibir tratamiento de MH/SUD.
- No terminaremos la cobertura de su tratamiento sin hablar con su proveedor de MH/SUD y con usted.
- Si su reclamación es denegada debido a la falta de “necesidad médica”, tiene derecho a solicitar las razones específicas de su denegación.

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

Servicios de Observación: los servicios de observación se definen como servicios ambulatorios proporcionados por un hospital y un proveedor en las instalaciones del hospital. Estos servicios pueden incluir el uso de una cama y el monitoreo periódico por parte del personal de enfermería de un hospital, que sean razonables y necesarios para:

- Evaluar la condición de un paciente ambulatorio.
- Determinar la necesidad de un posible ingreso en el hospital.
- Cuando se anticipa o se produce una mejora rápida de la condición del miembro.

Cuando un hospital coloca a un miembro bajo observación ambulatoria, se basa en la orden escrita del proveedor. Para pasar de la observación a la admisión para paciente internado, es posible que se deban cumplir los criterios de nivel de atención. El tiempo que pasa en el hospital no es el único factor que Molina utilizará para determinar una observación en lugar de una estadía como paciente internado. Molina también considerará criterios médicos.

Servicios Médicos para Pacientes Ambulatorios: cubrimos servicios médicos para pacientes ambulatorios, que son servicios proporcionados en un hospital, centro para pacientes ambulatorios, consultorio del médico/proveedor u otro centro con licencia apropiada. Estos servicios no requieren admisión en un centro, pero pueden cobrar un cargo del centro. Estos servicios incluyen servicios hospitalarios razonables proporcionados de forma ambulatoria (pacientes ambulatorios), y aquellos procedimientos preventivos, de diagnóstico y tratamiento médicamente necesarios que son prescritos por un profesional/proveedor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:

- Tratamiento con quimioterapia y radioterapia o control de la enfermedad.
- Hipnoterapia (limitada): la hipnoterapia solo está cubierta cuando la realiza un anestesiólogo o psiquiatra, capacitado en el uso de la hipnosis cuando sea médicamente necesario o cuando:
- Se usa dentro de las dos semanas previas a la cirugía para el manejo del dolor crónico.
- Para el manejo del dolor crónico cuando forma parte de un plan de tratamiento coordinado.
- Diálisis.
- Servicios de diagnóstico: consulte la sección de servicios de diagnóstico.
- Desintoxicación médica aguda: servicios médicamente necesarios para la desintoxicación por consumo de sustancias.
- Medicamentos (medicamentos obtenidos a través del beneficio médico). Los fármacos médicos se definen como medicamentos administrados en el consultorio del centro que requieren la administración de un profesional de atención médica. Estos medicamentos incluyen, entre otros, medicamentos orales, inyectables, por infusión o inhalados. La administración en consultorio se aplica a todos los entornos ambulatorios, incluidos, entre otros, consultorios médicos, salas de emergencia, centros de atención de urgencia e instalaciones de cirugía ambulatoria. • Observación después de los servicios ambulatorios.
- Estudios de trastornos del sueño, en el hogar o en un centro ambulatorio.
- Cirugía.

- Servicios de atención terapéutica y de apoyo, suministros, aparatos y terapias.
- Cuidado de heridas.
- Cargos de los centros

Exclusiones:

- Correo electrónico (email) de un profesional/proveedor por el cual el profesional/proveedor cobra.
- Consultas de familiarización sin evaluación física o intervención diagnóstica o terapéutica.

Fenilcetonuria (PKU) y otros Defectos Congénitos del Metabolismo: las pruebas y tratamientos de fenilcetonuria (PKU, en inglés) y otros defectos congénitos del metabolismo que involucran aminoácidos, carbohidratos o metabolismo de grasas están cubiertos. 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 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 alimentario 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 alimentarios habituales, 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 para Equipos Médicos Duraderos [DME]).

Servicios del Médico: Molina cubre, entre otros, los siguientes servicios de médico ambulatorios en Proveedores Participantes y centros participantes:

- Prueba de calcificación arterial.
- Exploraciones de tomografía axial computarizada (CAT).
- Visitas al consultorio, que incluyen lo siguiente:
    - Suministros médicos asociados.
    - Consultas prenatales y postnatales.
- Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el Proveedor en el consultorio del médico o en un entorno de internación o centro ambulatorio.

(Incluida la cobertura por el uso de agentes químicos o radiación para tratar o controlar una enfermedad grave).

- Procedimientos de diagnóstico incluido lo siguiente:
  - Estudios de densidad ósea.
  - Pruebas de laboratorio clínico y servicios profesionales relacionados.
  - Colonoscopías (estas incluyen la extirpación de pólipos durante el procedimiento sin costo compartido para el miembro).
  - Pruebas cardiovasculares y procedimientos neurológicos/neuromusculares.
  - Procedimientos gastrointestinales de laboratorio.
  - Pruebas de función pulmonar.
  - 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

- 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.
- Los estudios del sueño están cubiertos de forma ambulatoria y en el hogar. Se pueden aplicar los Costos Compartidos del centro por separado.
- Audiología y pruebas de audición.
- Consultas y atención preventiva para niños.
- Exámenes de retinopatía diabética (exámenes de retina dilatada).
- Diagnóstico y tratamientos médicamente indicados para las condiciones físicas que causan infertilidad, excepto cuando sea necesario para revertir la cirugía de esterilización voluntaria previa. (El beneficio solo cubre pruebas, diagnósticos y procedimientos correctivos, sujetos a las exclusiones de la sección “Exclusiones”).
- La vacuna del virus de papiloma humano (HPV) está cubierta para niñas de 9 a 14 años.
- Inyecciones, pruebas de alergia y tratamientos cuando los proporciona su PCP.
- Servicios de osteoporosis para las mujeres (incluido tratamiento y manejo apropiado cuando dicho servicio es Médicamente Necesario según el PCP de las mujeres, en consulta con Molina).
- Atención de maternidad ambulatoria (incluidas complicaciones del embarazo y Médicamente Necesarias en atención domiciliaria).
- Atención ambulatoria para recién nacidos.
- Atención del médico y de otro profesional dentro o fuera del hospital.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones.
- Exámenes de salud pediátricos y de adultos de rutina

- Servicios para el tratamiento médico y quirúrgico de lesiones y enfermedades que afectan los ojos (los beneficios no están disponibles por cargos relacionados con exámenes de visión refractiva rutinarios o con la compra o ajuste de anteojos o lentes de contacto, excepto como se describe en la sección titulada Servicios Pediátricos para la Vista).
- Consultas con un médico especialista (por ejemplo, un cardiólogo o un médico especialista en cáncer).

Administración de Casos Complejos: vivir con problemas de salud puede ser difícil. Molina tiene un programa que puede ser de ayuda. El programa de Administración de Casos Complejos es para los Miembros con problemas de salud difíciles. Es para aquellos que necesitan ayuda adicional con sus necesidades de atención médica.

El programa le permite al Miembro hablar con un Administrador de Casos sobre sus problemas de salud. El Administrador de Casos puede ayudar al Miembro a aprender sobre esos problemas y cómo manejarlos. El Administrador de Casos también puede trabajar con la familia o el cuidador del Miembro para asegurarse de que este reciba la atención que necesita y también trabaja con el médico del Miembro. Existen varias maneras en que el Miembro puede ser derivado a este programa. Hay ciertos requisitos que el Miembro debe cumplir. Este programa es voluntario. El Miembro puede optar por abandonar el programa en cualquier momento.

Si el Miembro desea obtener información sobre este programa, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito.

Servicios de Profesionales/Proveedores: Molina cubre los servicios de médicos/proveedores, que son servicios que se requieren razonablemente para mantener una buena salud, incluidos los servicios de atención primaria. Los servicios de Profesionales/Proveedores incluyen, entre otros, exámenes periódicos y visitas al consultorio por parte de:

- Un profesional/proveedor con licencia, incluidos enfermeros y asistentes médicos.
- Servicios especializados proporcionados por otros profesionales de atención médica que tienen licencia para ejercer, están certificados y ejercen según lo autorizado por la ley o autoridad aplicable.
- Un grupo médico.
- Una asociación de práctica independiente.
- Otra autoridad aprobada por la ley estatal aplicable.

Los servicios del proveedor incluyen, entre otros, los servicios y suministros de atención médica que se describen a continuación:

- Visitas al consultorio proporcionadas por un médico/proveedor calificado, incluidos los proveedores de atención primaria.

- Cirugía ambulatoria y cirugía hospitalaria, incluidos los servicios de anestesia necesarios. La anestesia puede incluir hipnoterapia.
- Segunda opinión médica.

Terapia física y de rehabilitación: cubrimos los siguientes beneficios:

- Servicios de rehabilitación cardíaca para monitoreo continuo de electrocardiograma (ECG), ejercicios progresivos y monitoreo intermitente de ECG.
- Servicios de rehabilitación pulmonar para ejercicios progresivos y monitoreo de las funciones pulmonares.
- Servicio de rehabilitación a corto plazo para la fisioterapia y la terapia ocupacional proporcionadas en centros de rehabilitación, centros de enfermería especializada, agencias de atención médica domiciliaria o entornos ambulatorios. La rehabilitación a corto plazo está diseñada para ayudarlo a restaurar las funciones que se perdieron o disminuyeron debido a un episodio específico de enfermedad o lesión (por ejemplo, accidente cerebrovascular, accidente automovilístico o ataque cardíaco). La cobertura está sujeta a los siguientes requisitos y limitaciones:

    - La fisioterapia y la terapia ocupacional para pacientes ambulatorios requieren que su médico de atención primaria u otro profesional/proveedor de tratamiento apropiado determine de antemano que se puede esperar que sus servicios de fisioterapia o rehabilitación den como resultado una mejoría significativa en la afección del miembro.
    - Los planes de tratamiento que definieron la mejoría significativa esperada deben establecerse en la visita inicial.
    - Los tratamientos realizados por un técnico de fisioterapia o terapia ocupacional deben realizarse bajo la supervisión directa y en presencia de un fisioterapeuta o terapeuta ocupacional con licencia.
    - La terapia de masaje solo está cubierta cuando la proporciona un fisioterapeuta autorizado y como parte del programa de fisioterapia de rehabilitación a corto plazo indicado.
    - La terapia del habla ambulatoria significa terapia del lenguaje, disfagia (dificultad para tragar) y audición. La terapia del habla está cubierta cuando es proporcionada por un terapeuta del habla autorizado o certificado.

Limitaciones

- Un médico de atención primaria u otro médico o profesional debe determinar que la terapia del habla dará como resultado una mejoría significativa en la afección de la persona cubierta.
- Si la terapia de rehabilitación a corto plazo se proporciona en un entorno hospitalario (como, entre otros, centros de rehabilitación, centros de enfermería

especializada, programas intensivos de hospital de día que son administrados por un centro de rehabilitación) o a través de la atención médica domiciliaria, la terapia puede no estar sujeta a los requisitos de limitación de tiempo de las terapias ambulatorias. Es posible que las terapias para pacientes internados y de atención médica domiciliaria no se incluyan con los servicios ambulatorios al calcular el uso de beneficios acumulados.

- Las estadías en centros de enfermería especializada se limitan a 60 días por año del plan.

Exclusiones

- Entrenadores de atletismo o tratamientos impartidos por entrenadores de atletismo.
- Servicios de rehabilitación vocacional.
  Servicios de terapia o rehabilitación a largo plazo. Estas terapias incluyen el tratamiento de afecciones crónicas o incurables para las cuales la rehabilitación produce un cambio o alivio mínimo o temporal. Las terapias se consideran rehabilitación a largo plazo cuando:

  - El miembro ha alcanzado el máximo potencial de rehabilitación.
  - El miembro ha llegado a un punto en el que es poco probable que se produzca una mejora significativa.
- Ha recibido terapia durante cuatro meses consecutivos.
- La terapia a largo plazo incluye el tratamiento de afecciones crónicas o incurables para las cuales la rehabilitación produce un cambio o alivio mínimo o temporal. El tratamiento de afecciones crónicas no está cubierto. Las afecciones crónicas incluyen, entre otras:

  - Distrofia Muscular.
  - Síndrome de Down.
  - Parálisis Cerebral no asociada con un evento definido de enfermedad o lesión.

- Servicios de Terapia del Habla que incluyen:
  - Tratamiento para la tartamudez.
  - Beneficios adicionales descritos en el beneficio de terapia del habla.

Atención Médica Preventiva: Molina cubre los siguientes servicios de atención médica preventiva dentro de la red, sin costo compartido, en cinco amplias categorías:

- Artículos o servicios basados en la evidencia que tienen una calificación de “A” o “B” vigente en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, en inglés). Ingrese en el sitio web

del USPSTF para obtener recomendaciones sobre servicios preventivos en: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-and-b-recommendations. La lista de esta sección está sujeta a cambios. Visite el sitio web para obtener la información más actualizada. La cobertura incluye, entre otras cosas:

  - Aneurisma de Aorta Abdominal: Prueba de detección: hombres de 65 a 75 años que han fumado alguna vez.
  - Trastornos de Ansiedad en Adultos: Pruebas de detección: adultos de 64 años o menos, incluidas las mujeres embarazadas y en período de posparto.
  - Ansiedad en Niños y Adolescentes: Pruebas de detección: niños y adolescentes de 8 a 18 años.
  - Osteoporosis para prevenir las fracturas: Pruebas de detección: mujeres de 65 años o más; mujeres posmenopáusicas menores de 65 años con 1 o más factores de riesgo de osteoporosis
- Inmunizaciones de rutina para niños, adolescentes y adultos, según lo recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés).
- Con respecto a los lactantes, los niños y los adolescentes, esa atención médica preventiva informada de la evidencia y las pruebas de detección previstas en las pautas integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, en inglés).
- Los servicios preventivos y las pruebas de detección previstos en las pautas integrales respaldadas por la HRSA, en la medida en que no estén ya incluidos en ciertas recomendaciones del USPSTF.
- Pautas de Servicios Preventivos para Mujeres de HRSA, que incluye las actualizaciones más recientes.
- Vacunas rutinarias.
- Servicios preventivos para adultos.
- Servicios preventivos para niños.
- Servicios preventivos para mujeres.
- Profilaxis previa a la exposición (PrEP, en inglés) para prevenir la infección por HIV en personas que corren un alto riesgo de infección sin Costos Compartidos. Esto incluye:

  - Medicamentos PrEP (medicamentos antivirales cuando se recetan para prevenir la infección por HIV)
  - Pruebas de laboratorio y otros procedimientos de diagnóstico (incluidas las pruebas de HIV, infecciones de transmisión sexual, funcionalidad renal, hepatitis B, hepatitis C y panel de lípidos)
  - Asesoramiento sobre el cumplimiento de los medicamentos antirretrovirales

- Otros servicios.

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

Servicios de pruebas de detección y asesoramiento: las pruebas de detección incluyen:

- Exámenes Físicos Preventivos.
  - Exámenes de evaluación de salud, pruebas de laboratorio y radiológicas, y procedimientos de detección temprana con el propósito de un examen físico de rutina.
  - Pruebas periódicas para determinar el metabolismo, la hemoglobina en la sangre, la presión arterial, el nivel de glucosa en la sangre y el nivel de colesterol en la sangre, o alternativamente, un nivel de colesterol fraccionado que incluye un nivel de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y un nivel de lipoproteínas de alta densidad (HDL).
  - Examen periódico de heces para detectar la presencia de sangre.
  - Prueba de detección de cáncer colorrectal de acuerdo con las recomendaciones basadas en la evidencia establecidas por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos para determinar la presencia de afecciones precancerosas o cancerosas y otros problemas de salud, que incluyen:
  - Análisis de sangre oculta en heces (FOBT).
  - Sigmoidoscopia flexible.
  - Colonoscopia, que incluye:
    - extirpación de pólipos durante una colonoscopia,
    - después de la colonoscopia, cualquier examen de patología en una biopsia de pólipo,
    - anestesia,
    - seguimiento de la colonoscopia si hay una prueba de detección no invasiva basada en heces con resultado positivo o pruebas de visualización directa.
- Colonoscopia virtual.
- Enema de bario de doble contraste.
- Programa para Dejar de Fumar.
- Calcificación de las arterias.
- Prueba de detección para determinar la necesidad de corrección de la vista y la audición.

- Prueba ocular periódica de glaucoma.
- Servicios de pruebas de detección preventiva que incluyen prueba de detección de depresión, diabetes, colesterol, obesidad, diversos tipos de cáncer, HIV e infecciones de transmisión sexual, así como asesoramiento sobre el consumo de drogas y tabaco, alimentación saludable y otros problemas de salud comunes.
- Educación para la salud y consultas de profesionales/proveedores para analizar los comportamientos de estilo de vida que promueven la salud y el bienestar, incluidas, entre otras, las consecuencias del consumo de tabaco o el control del tabaquismo, las recomendaciones de nutrición y dieta, y los planes de ejercicio. La educación para la salud también incluye información relacionada con la protección de la zona lumbar, las prácticas de inmunización, el autoexamen de senos, el autoexamen testicular, el uso de cinturones de seguridad en vehículos motorizados y otras prácticas preventivas de atención médica.

Vacunas rutinarias Cubrimos las vacunas de adultos y niños (inyecciones o vacunas), de acuerdo con las recomendaciones de:

- La American Academy of Pediatrics
- El Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación.
- El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU.
- Vacunas de rutina para niños, adolescentes y adultos que tienen vigente una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Comité Asesor) en relación con la persona involucrada.
- Cobertura de la vacuna contra el HPV para el Virus del Papiloma Humano según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) y de acuerdo con todos los requisitos federales y estatales aplicables y las pautas establecidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).

Servicios Preventivos para Niños: cubrimos la atención preventiva de niños de acuerdo con las recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics). Con respecto a los lactantes, los niños y los adolescentes, esa atención médica preventiva informada de la evidencia y las pruebas de detección previstas en las pautas integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, en inglés). La atención médica preventiva clave incluye:

- Exámenes de evaluación de salud, pruebas de laboratorio y radiológicas, y procedimientos de detección temprana con el propósito de un examen físico de rutina o según lo requiera la participación en deportes, actividades escolares o de campamento.

- Pruebas de detección auditivas y de la vista para la corrección. Esto no incluye exámenes oculares de rutina ni pruebas de detección de visión y audición para determinar las refracciones realizadas por especialistas en el cuidado de los ojos. Se cubre una refracción ocular por año calendario para niños menores de seis años cuando sea médicamente necesario para ayudar en el diagnóstico de ciertas enfermedades oculares.
- Atención pediátrica para la vista, incluido el cuidado rutinario de la vista y anteojos.
- Evaluaciones del comportamiento.
- Pruebas de detección de consumo de alcohol, consumo de drogas, anemia, presión arterial, hipotiroidismo congénito, depresión, desarrollo y dislipidemia de vigilancia, hematocrito/hemoglobina o anemia falciforme, plomo, obesidad, salud bucal, enfermedades de transmisión sexual, Fenilcetonuria (PKU) y Tuberculina.
- Asesoramiento de Profesionales/Proveedores para analizar los comportamientos de estilo de vida que promueven la salud y el bienestar, incluidas, entre otras, las consecuencias del consumo de tabaco o el control del tabaquismo, las recomendaciones de nutrición y dieta, y los planes de ejercicio. Según lo considere apropiado el médico/proveedor del miembro o según lo soliciten los padres o el tutor legal, información educativa sobre el abuso de alcohol y sustancias, enfermedades de transmisión sexual y anticoncepción.

Servicios Preventivos de Salud para Mujeres: cubrimos los servicios clínicos de salud preventiva discutidos en esta sección y aquellos específicos para mujeres.

- Visitas de control de la mujer incluidas pruebas de detección específicas para adultos y mujeres y beneficios preventivos.
- El apoyo integral para la lactancia materna, los suministros y el asesoramiento de proveedores capacitados, así como el acceso a suministros para la lactancia materna, para mujeres embarazadas y en período de lactancia, están cubiertos durante un año después del parto.
- Anticonceptivos.
- Procedimientos de esterilización de métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, y educación y asesoramiento para el paciente, sin incluir medicamentos abortivos. Consulte la sección sobre farmacia para obtener información sobre anticonceptivos.
- Asesoramiento para HIV, enfermedades de transmisión sexual y abuso de violencia doméstica.
- Pruebas de detección de violencia doméstica e interpersonal y asesoramiento para todas las mujeres.
- Diabetes gestacional: prueba de detección en mujeres entre las 24 y 28 semanas de embarazo y en aquellas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional.
- Pruebas de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) para asesoramiento a mujeres sexualmente activas.

- Análisis de DNA de virus de papiloma humano (HPV, en inglés): prueba de DNA del HPV de alto riesgo cada tres años para mujeres con resultados citológicos normales.
- Cobertura de la vacuna contra el HPV para el Virus del Papiloma Humano según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) y de acuerdo con todos los requisitos federales y estatales aplicables y las pautas establecidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP)
- Pruebas de detección y asesoramiento para mujeres embarazadas, incluidas pruebas de detección de anemia, bacteriuria, hepatitis B e incompatibilidad de Rh y asesoramiento sobre lactancia materna.
- Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (STI, en inglés) en mujeres sexualmente activas.
- Servicios de esterilización para mujeres.
- Visitas de control de la mujer para obtener los servicios preventivos recomendados para las mujeres.
- Vasectomía, excluyendo la cobertura previa al deducible para planes con deducibles altos elegibles para HSA.
- Profilaxis previa a la exposición (PrEP) con tratamiento antirretroviral eficaz a personas con alto riesgo de adquirir el HIV. Vea la página 83 y 138 y para obtener información adicional sobre la cobertura de PrEP.

Exclusiones

- Exámenes físicos, vacunas, medicamentos e inmunizaciones con el propósito principal de investigación médica o propósitos no médicamente necesarios, como, entre otros, certificación de licencias, empleo, seguro, vuelo, viajes al extranjero, pasaportes o exámenes de capacidad funcional relacionados con el empleo.
- Vacunas para viajes al extranjero.

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

Si una recomendación o pauta gubernamental existente o nueva no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el establecimiento para la prestación de atención médica preventiva, entonces Molina puede imponer límites razonables de cobertura a

dicha atención preventiva. Los límites de cobertura serán conforme a la ACA, sus normas de implementación y las Leyes Estatales aplicables.

Consulte con su PCP para determinar si un servicio específico es preventivo o de diagnóstico.

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

- Implantes cocleares.
- Articulaciones de cadera.
- Lentes intraoculares.
- Dispositivos auditivos osteointegrados.
- Marcapasos.

Dispositivos externos:

- Extremidades artificiales necesarias debido a la pérdida como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito.
- Prótesis personalizadas después de una mastectomía.
- Las órtesis de pie, tobillo y rodilla (KAFO, en inglés) y de pie y tobillo (AFO, en inglés) fabricadas a medida están cubiertas para los miembros, de acuerdo con las pautas reconocidas a nivel nacional.
- Aparatos y otros dispositivos externos utilizados para corregir una función corporal, incluida la deformidad de pie equino
- 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 u ortopédicos incluye servicios para determinar si el Miembro necesita un dispositivo protésico u ortopédico, ajuste y adaptación del dispositivo, reparación o reemplazo del dispositivo (a menos que se deba a pérdida o uso indebido).

Molina no cubre aparatos ortopédicos que enderecen o den nueva forma a una parte del cuerpo. Algunos ejemplos incluyen productos ortopédicos para los pies, bandas craneales y algunos tipos de soportes, incluidos aparatos ortopédicos de venta libre. Los aparatos ortopédicos para los pies o los dispositivos de calzado no están cubiertos, excepto para los miembros que padezcan de una neuropatología diabética u otra neuropatología significativa. Sin embargo, se cubren los soportes que estabilizan una parte del cuerpo lesionada y los soportes para tratar la curvatura de la columna vertebral. Se cubre el alquiler de una silla de ruedas por un mes para los miembros que sean propietarios de una silla de ruedas que esté en reparación.

Los aparatos ortopédicos pueden estar sujetos a un límite máximo por año calendario.

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

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, de modo que una intervención quirúrgica es necesaria para mejorar la función.
- Extirpación total o parcial de una mama (mastectomía), reconstrucción médicamente necesaria de la mama, cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y prótesis y complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluido el linfedema. Los beneficios de mastectomía pueden tener un deducible anual que se aplica y pueden requerir que el miembro pague algunos costos de su bolsillo.

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. No se incluyen las cirugías médicamente necesarias.

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. Entre estos servicios, se pueden incluir los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla en una variedad de entornos de internación o ambulatorios. Los servicios cubiertos por Molina incluyen la fisioterapia y la terapia ocupacional a corto plazo proporcionadas en centros de rehabilitación, centros de enfermería especializada, agencias de atención médica domiciliaria o entornos ambulatorios. Los Servicios de Rehabilitación se ofrecen con un costo compartido por el PCP.

Los servicios de rehabilitación a corto plazo y la fisioterapia se proporcionan en aquellos casos en los que el proveedor de atención primaria del miembro u otro profesional de la salud apropiado determina que se puede esperar que dichos servicios y terapia den como resultado una mejora significativa de la condición física del miembro en un plazo de dos meses. Dichos servicios pueden extenderse más allá del período de dos meses por recomendación del proveedor de atención primaria en consulta con la autorización previa de Molina.

Centro de enfermería especializada: Molina cubre 60 días por año del plan en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, en inglés) para un Miembro si el SNF es un Proveedor Participante y los servicios cuentan con una Autorización Previa antes de comenzar. Molina cubre habitación y comida y otros servicios necesarios proporcionados por un centro de enfermería especializada.

Exclusión: Atención de custodia o domiciliaria.

Servicios para dejar de fumar: el equipo de administración de la atención de Molina trabaja en relación directa con los miembros, si así lo solicitan, para ayudarlos a tomar las medidas más apropiadas en función de sus necesidades, lo que incluye determinar la frecuencia, el método, el tratamiento y el entorno para el elemento o los servicios recomendados. Las determinaciones de los servicios las tomará Molina en consulta con el proveedor. Los Miembros de Molina siempre tienen acceso a al menos uno de los productos para dejar de fumar. Estos no requieren autorización previa y cumplen con todas las Leyes y Requisitos Estatales y las Leyes Federales.

- Servicios de diagnóstico: servicios de diagnóstico necesarios para identificar el consumo de tabaco, las afecciones relacionadas con el consumo y la dependencia.
- Farmacoterapia: dos ciclos de farmacoterapia de 90 días por año calendario.
- Asesoramiento para dejar de fumar: una opción de asesoramiento para dejar de fumar de hasta 90 minutos de tiempo total de contacto con el proveedor o dos programas grupales de múltiples sesiones por año calendario.
- El inicio de cualquier curso de farmacoterapia o asesoramiento para dejar de fumar constituirá un curso completo de farmacoterapia o asesoramiento para dejar de fumar, incluso si un individuo interrumpe o no completa el curso.
- Molina cubre lo siguiente sin costo compartido (consulte su formulario para obtener información adicional)
  - Goma de mascar de nicotina.
  - Parche de nicotina.
  - Pastilla de nicotina.
  - Aerosol oral o nasal de nicotina.
  - Inhalador de nicotina.
  - Bupropion.
  - Vareniline.

Centros de Salud Estudiantil: los Estudiantes Dependientes que asisten a la escuela, ya sea en New Mexico o fuera de New Mexico, pueden recibir atención a través de su médico de atención primaria o en el centro de salud estudiantil. Los servicios prestados fuera del centro de salud estudiantil se limitan a servicios cubiertos importantes médicamente necesarios para la atención inicial o el tratamiento de un servicio de atención médica de emergencia o una situación de atención de urgencia.

Trastorno por Consumo de Sustancias (Pacientes Internados y Ambulatorios): de acuerdo con la ley estatal, Molina cubre el tratamiento Médicamente Necesario para pacientes internados y ambulatorios por el trastorno por consumo de sustancias de acuerdo con la ley estatal y la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (MHPAEA). La cobertura para pacientes internados, en un hospital Proveedor Participante, requiere autorización para los servicios cubiertos, incluidos los servicios para pacientes internados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios.

No se requiere Autorización Previa para lo siguiente:

- cuidados agudos o inmediatamente necesarios;
- episodios agudos de afecciones crónicas; o
- servicios iniciales de tratamiento contra el consumo de sustancias dentro de la red.

Molina cubre la siguiente atención ambulatoria para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias:

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

Pacientes internados

- La hospitalización parcial puede ser sustituida por servicios para pacientes internados a solicitud. El Programa de hospitalización parcial es un programa hospitalario no residencial que incluye varias terapias diarias y semanales.

Molina no cubre servicios de tratamiento en un hogar de transición, centros de tratamiento residencial a menos que sea para el tratamiento del alcoholismo o abuso de sustancias, tratamiento de Codependencia, Duelo, asesoramiento pastoral/espiritual y sexual, evaluación o tratamiento ordenado por un tribunal, o tratamiento que es una condición de libertad condicional o libertad bajo palabra o que sustituye la sentencia, como evaluación o terapia psiquiátrica. La recuperación residencial transicional no

médica y los servicios 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, conducta, trabajo, discapacidades de aprendizaje y discapacidad intelectual.

Se eliminan los costos compartidos para todos los servicios profesionales y auxiliares para el tratamiento, rehabilitación, prevención e identificación de enfermedades mentales, trastornos por abuso de sustancias y trastornos del espectro traumático. Esto incluye el costo compartido de los servicios del centro para pacientes internados, la desintoxicación, el tratamiento residencial y la hospitalización parcial, la terapia ambulatoria intensiva, los servicios del centro para pacientes ambulatorios y todos los medicamentos, incluidos los medicamentos de farmacia de marca cuando los medicamentos genéricos no están disponibles. Costos compartidos significa cualquier copago, Coseguro, deducible o cualquier otra forma de obligación financiera de un afiliado que no sea una prima o una parte de una prima, o cualquier combinación de cualquiera de estas obligaciones financieras.

Determinación del Nivel de Atención

- Molina proporcionará cobertura para todos los servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias dentro de la red, de acuerdo con los estándares de atención generalmente reconocidos, incluida la colocación de un asegurado en un nivel de atención médicamente necesario.
- Los cambios en el nivel y la duración de la atención serán determinados por el proveedor del miembro en consulta con Molina.
- Las determinaciones del nivel de atención incluirán la colocación del miembro en un centro que proporcione servicios de desintoxicación, un hospital, un centro de tratamiento de rehabilitación para pacientes internados o un programa de tratamiento ambulatorio.
- La duración y el nivel de los servicios de atención para el miembro con un trastorno de salud mental o de abuso de sustancias se basarán en las necesidades del miembro y no en límites de tiempo específicos.

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

Los servicios quirúrgicos para pacientes internados incluyen lo siguiente:

- Procedimientos endoscópicos mayores.
- Procedimientos operativos y de corte.
- Cuidados prequirúrgicos y posquirúrgicos.
- Medicamentos antineoplásicos.
- Planificación del alta.
- Quirófano y habitación de recuperación.

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

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

los vendajes quirúrgicos que requieren receta médica de un proveedor y no se pueden comprar sin receta médica están cubiertos cuando son médicamente necesarios para el tratamiento de una herida causada o tratada por un procedimiento quirúrgico.

Consulte el SBC a fin de conocer los Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados o Servicios en un Centro/Hospital para Pacientes Ambulatorios a fin de determinar los Costos Compartidos aplicables del Miembro.

Síndrome de la Articulación Temporomandibular/Craneomandibular (TMJ/CMJ):: Molina cubre los servicios para el tratamiento del síndrome de la articulación TMJ/CMJ si se cumplen todas las condiciones siguientes:

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

- No Están Cubiertos: Los siguientes servicios no están cubiertos:

- Atención dental de rutina, preventiva y para adultos.
- La atención dental y las radiografías dentales no están cubiertas, a excepción de lo dispuesto específicamente más arriba.
- Implantes dentales.
- Tratamiento de maloclusión, si forma parte de la atención dental de rutina y la ortodoncia.
- Los aparatos de ortodoncia y el tratamiento de ortodoncia (aparatos), coronas, puentes y dentaduras postizas utilizados para el tratamiento de trastornos de la Articulación Temporo/Craneomandibular no están cubiertos, a menos que el trastorno esté relacionado con un traumatismo.

Trasplantes: cubrimos los siguientes beneficios:

- Trasplantes de Órganos Sólidos Humanos para:

    - Riñón.
    - Hígado.
    - Páncreas.
    - Intestino.
    - Corazón.
    - Pulmón.
    - Multivisceral (3 o más órganos abdominales).
    - Trasplante simultáneo de múltiples órganos, a menos que se trate de una investigación.
    - Trasplante de islotes pancreáticos.
- Aloinjerto meniscal.
- Implante de condrocitos autólogos (solo en la rodilla).
- Trasplante de médula ósea, que incluye la obtención y el trasplante de las células madre de medula ósea de la sangre periférica (trasplante de células madre) luego de altas dosis de quimioterapia. Los trasplantes de médula ósea están cubiertos para las siguientes indicaciones
    - Mieloma múltiple.
    - Leucemia.
    - Anemia aplásica.
    - Linfoma.
    - Enfermedad de inmunodeficiencia combinada grave (SCID).
    - Síndrome de Wiskott Aldrich.
    - Sarcoma de Ewing.
    - Tumor de célula germinativa.
    - Neuroblastoma.
    - Tumor de Wilm.
    - Síndrome mielodisplásico.
    - Mielofibrosis.
    - Anemia falciforme.
    - Talasemia mayor.

Si hay un donante vivo que requiere cirugía para poner a disposición un órgano para un trasplante cubierto, la cobertura está disponible solo para los gastos incurridos por el donante vivo para la intervención quirúrgica, los servicios de radiografías y de laboratorio, el almacenamiento de órganos y la atención de seguimiento del paciente internado.

Pagaremos el Total de Cargos Permitidos para un donante vivo que no tenga derecho a los beneficios de ningún otro plan o póliza de beneficios de salud.

El trasplante de órganos incluye partes de la totalidad de los órganos, los ojos o el tejido.

No haremos lo siguiente:

- Denegar la cobertura únicamente sobre la base de su discapacidad física o mental.
- Denegarle la elegibilidad o la elegibilidad continua para inscribirse o renovar la cobertura bajo este plan para evitar tener que cubrir este beneficio.
- Penalizar o de otra manera reducir o limitar el reembolso o proporcionar incentivos monetarios o no monetarios a un proveedor para inducir a ese proveedor a no proporcionarle un trasplante de órganos o atención asociada si usted tiene una discapacidad física o mental.
- Reducir o limitar los beneficios de cobertura para usted si tiene una discapacidad física o mental para la atención asociada relacionada con el trasplante de órganos, según lo determinado en consulta con usted y su proveedor.

Limitaciones

- Cubrimos los beneficios de viaje para el receptor del trasplante, el donante vivo y otra persona.
- Cubriremos los costos de transporte si se requiere un viaje fuera del estado. También cubriremos los gastos razonables de alojamiento y comidas tanto para los que viven dentro del estado como para los que no, hasta un máximo de $150 por día para el receptor del trasplante, el donante vivo y otra persona en conjunto.

Exclusiones

- Trasplantes de órganos no humanos, excepto válvula cardíaca porcina (de cerdo).
- Costos de transporte para miembros fallecidos.
- Los servicios médicos y hospitalarios de un donante de trasplante de órganos cuando el receptor de un trasplante de órganos no es miembro o cuando el procedimiento de trasplante no es un beneficio cubierto.
- Gastos de viaje y alojamiento, excepto lo indicado anteriormente.

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

Molina no discrimina a los destinatarios de regalos anatómicos, lo que incluye a un miembro con una discapacidad física o mental. La cobertura de Molina está de acuerdo con la Ley Uniforme Revisada de Donaciones Anatómicas de Jonathan Spradling.

Disponemos de beneficios de viaje limitados para el receptor del trasplante, el donante vivo (si corresponde) u otra persona. Los costos de transporte estarán Cubiertos únicamente si se requiere un viaje fuera del estado. Los gastos razonables de alojamiento y comidas estarán Cubiertos tanto para los que viven dentro del estado como para los que no, hasta un máximo de $150 por día para el receptor del trasplante, el donante vivo (si corresponde) y otra persona en conjunto. Los beneficios solo estarán cubiertos para el transporte, el alojamiento y las comidas, y se limitan a un máximo de $10,000 de por vida.

Asesoramiento/Programa para Dejar de Fumar: Molina cubre servicios de diagnóstico, asesoramiento para dejar de fumar y farmacoterapia. Los servicios médicos son proporcionados por profesionales de la salud con licencia con capacitación específica en el manejo de un programa para dejar de fumar.

El programa incluirá lo siguiente:

- Asesoramiento individual bajo el beneficio médico.
- Asesoramiento grupal, incluidas clases o una línea telefónica para dejar de fumar.

También cubrimos los siguientes productos de nicotina:

- Gomas de mascar.
- Parches.
- Pastillas.
- Inhalador o aerosol.
- Bupropion.
- Varenicline.

Limitación: las limitaciones de los beneficios de la farmacoterapia se limitan a dos ciclos de tratamiento de 90 días por año calendario.

Exclusión: este plan no cubre:

- Hipnoterapia para el asesoramiento para dejar de fumar.
- Acupuntura para dejar de fumar.

Atención de Urgencia: Molina cubre los servicios de atención de urgencia, que se definen como procedimientos médicos o quirúrgicos médicamente necesarios, tratamientos o servicios de atención médica que recibe en un centro de atención de urgencia o en el consultorio de un médico/proveedor por una afección imprevista debido a una enfermedad o lesión. Las afecciones urgentes no son potencialmente mortales, pero requieren atención médica inmediata para prevenir un deterioro grave de su salud. Dicha

atención médica incluye ambulancia u otro transporte de emergencia; y si es necesario, cobertura para el área fuera de servicio o cobertura fuera de la red en los casos en que no pueda acceder razonablemente a los servicios o instalaciones dentro de la red.

Para Servicios de Atención de Urgencia o fuera del horario de atención, los Miembros deben llamar a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermería. Los Miembros que se encuentran dentro del Área de Servicio pueden preguntarle a su PCP qué centro de Atención de Urgencia del Proveedor Participante deben utilizar. Los miembros también pueden llamar al servicio de atención al cliente de Molina. Es mejor averiguar el nombre del centro de Atención de Urgencia del Proveedor Participante con anticipación. Los Miembros que se encuentran fuera del área de servicio pueden ir a la sala de emergencias más cercana.

Los Servicios de Atención de Urgencia están sujetos a los Costos Compartidos en el Resumen de Beneficios y Cobertura.

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

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

- Examen integral de la vista limitado a uno por año calendario.
- Anteojos limitados a un par cada año calendario.

- Monturas

    - Limitado a 1 par de monturas por año calendario.
    - Limitado a una selección de monturas cubiertas.

- Lentes
- Limitado a 1 par por año calendario.
- Monofocal, línea bifocal, línea trifocal, cristales lenticulares, cristales de policarbonato.
- Todos los cristales incluyen revestimiento resistente a los arañazos y protección ultravioleta (UV).

- Lentes de contacto limitados a un par de tipo estándar cada año calendario, en lugar de anteojos.

    - Estándar (un par anual)
    - Mensual (suministro de seis meses)
    - Quincenal (suministro de tres meses)

- Diarios (suministro de tres meses)

- Lentes de contacto Médicamente Necesarios para afecciones médicas especificadas.
- Los dispositivos ópticos para la vista deficiente están cubiertos e incluyen servicios, entrenamiento e instrucción para la vista deficiente para maximizar la vista utilizable restante. La atención de seguimiento se cubre cuando los servicios son médicamente necesarios y si se obtiene una autorización previa. La cirugía correctiva con láser no está cubierta.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Medicamentos Recetados: Molina cubre los siguientes medicamentos cuando los receta un profesional/proveedor. Para obtener más información, consulte este acuerdo.

- Suplementos nutricionales recetados médicamente necesarios para atención prenatal.
- Insulina preferida y agentes orales diabéticos para controlar los niveles de azúcar en la sangre.
- Medicamentos inmunosupresores.
- Alimentos médicos especiales utilizados para compensar y mantener un estado nutricional adecuado por errores genéticos congénitos del metabolismo (IEM) o según sea médicamente necesario.
- Farmacoterapia para Dejar de Fumar.
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos recetados aprobados por la FDA.
- Medicamentos genéricos.
- Medicamentos de marca preferidos.
- Medicamentos de marca no preferidos.
- Medicamentos especializados.
- Suministro de 90 días de medicamentos de pedido por correo, según corresponda, de farmacias minoristas o de pedido por correo.
- Medicamentos oncológicos administrados por vía oral que se usan para matar o frenar el crecimiento de células cancerosas en una base no menos favorable que los medicamentos oncológicos administrados por vía intravenosa o inyectados que están cubiertos como beneficios médicos por el plan.

Consulte las secciones específicas de este acuerdo para obtener cobertura de anticonceptivos y para obtener cobertura de medicamentos recetados para el tratamiento de la diabetes.

Sincronización de Recetas: le permitiremos surtir o resurtir una receta por menos de un suministro de treinta días del medicamento recetado, y aplicar un copago o Coseguro diario prorrateado para el surtido o la resurtido, si:

- Su proveedor que receta o el farmacéutico determinan que el surtido o resurtido es lo mejor para usted.
- Usted acepta recibir menos de treinta días de suministro del medicamento recetado; y el surtido o resurtido reducido se realiza con el fin de sincronizar sus surtidos de medicamentos recetados.

Terapia Escalonada
No requeriremos terapia escalonada para los medicamentos recetados médicamente necesarios y aprobados por la FDA que se recetan para el tratamiento de un trastorno autoinmune, cáncer o un trastorno por consumo de sustancias, excepto en los casos en que haya una versión biosimilar, biológica intercambiable o genérica disponible.

Excepciones de Terapia Escalonada: otorgaremos una excepción a nuestro protocolo de terapia escalonada si su proveedor de recetas determina que el medicamento recetado no debe sustituirse por un equivalente terapéutico. El proveedor debe presentarnos una explicación clínicamente válida. No exigiremos una sustitución si:

- El medicamento recetado para el que solicita una excepción está contraindicado o probablemente le provocará una reacción adversa o daño físico o mental.
- Se espera que el medicamento recetado para el que solicita una excepción sea ineficaz en función de sus características clínicas conocidas y las características conocidas del régimen de medicamentos recetados.
- Ha probado el medicamento recetado para el que solicita una excepción u otro medicamento recetado de la misma clase farmacológica o con el mismo mecanismo de acción que el medicamento recetado que es objeto de la solicitud de excepción, y ese medicamento recetado se suspendió debido a la falta de eficacia o efectividad, a un menor efecto o a un efecto adverso.
- El medicamento recetado requerido de conformidad con el protocolo de terapia escalonada no es lo mejor para usted, según la idoneidad clínica, si se espera que su uso del medicamento:
  - dificulte el cumplimiento del plan de atención;
  - empeore una condición comórbida; o
  - disminuya su capacidad para lograr o mantener un desempeño funcional razonable para realizar actividades diarias.

Al otorgar una excepción, autorizaremos la cobertura del medicamento recetado que es objeto de la solicitud de excepción por no menos de la duración del efecto terapéutico del medicamento. Además, no tiene que enviar ninguna solicitud de excepción adicional para ese medicamento recetado.

Responderemos con nuestra decisión sobre una solicitud de excepción dentro de las setenta y dos horas (72) posteriores a su recepción. En casos urgentes, responderemos dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la recepción de la solicitud de excepción. Si no respondemos a una solicitud de excepción dentro de los plazos anteriores, se otorgará la solicitud de excepción.

Costos Compartidos: no requeriremos que realice un pago en el punto de venta por un medicamento recetado cubierto en una cantidad mayor que la menor de las siguientes cantidades:

- Monto de costo compartido aplicable para el medicamento recetado.
- El monto que pagaría por el medicamento recetado si comprara el medicamento recetado sin usar los beneficios de este plan o cualquier otra fuente de beneficios o descuentos de medicamentos recetados.
- El monto total que reembolsaremos a la farmacia por el medicamento recetado, incluido el monto de costos compartidos que pagamos o el valor del reembolso de un fabricante que se nos proporcionó a nosotros o a nuestro administrador de beneficios de farmacia por el medicamento recetado.

No le exigiremos que pague un monto de costo compartido diferente por la administración de medicamentos recetados en diferentes sitios de infusión.

Contaremos el valor total del monto del reembolso para su costo compartido de gastos de bolsillo.
Al calcular su obligación de costo compartido por un medicamento recetado, le acreditaremos el valor total del descuento proporcionado o los pagos realizados por terceros en el momento de la reclamación del medicamento recetado.

Limitación: la continuación del tratamiento con cualquier medicamento depende de su eficacia demostrable.

Exclusiones:

- Medicamentos utilizados con fines cosméticos.
- Envase de conveniencia, a menos que el envase de conveniencia sea médicamente necesario para cumplir con la toma del medicamento debido a una discapacidad.
- Medicamentos recetados adquiridos fuera de los Estados Unidos.
- Medicamentos recetados de reemplazo/medicamentos que resulten de pérdida, robo o destrucción.
- Medicamentos/fármacos recetados compuestos.
- Nuevos medicamentos para los cuales el Comité de Farmacia y Terapéutica del plan aún no ha establecido los criterios de cobertura.
- Medicamentos de venta libre (OTC) y medicamentos con la excepción de los medicamentos y dispositivos según lo determine el Comité de Farmacia y Terapéutica del plan y se describa en el formulario del plan. Además, los planes cubrirán los condones comprados sin receta. Un plan deberá tener un sistema mediante el cual una persona cubierta pueda solicitar el reembolso de estos productos.
- Medicamentos recetados, medicamentos, tratamientos, procedimientos o dispositivos que el plan determine que son experimentales o están en fase de investigación.
- Suministros médicos desechables, excepto cuando se proporcionan en un hospital o en el consultorio de un médico/proveedor o por un profesional de atención médica domiciliaria.

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

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

Formulario de Molina: Molina establece una lista de medicamentos, dispositivos y suministros que se cubren mediante el beneficio de farmacia del Plan. La lista de productos cubiertos se conoce como el "Formulario". En ella, se incluyen todos los productos recetados y de venta libre que los miembros del plan pueden obtener en una farmacia, junto con los requisitos, limitaciones o restricciones de cobertura de los productos enumerados. El Formulario se encuentra disponible para los Miembros en MolinaMarketplace.com/NMFormulary. También se puede solicitar una copia impresa a pedido. Un grupo de profesionales médicos que forman parte de Molina, y también externos, seleccionan los productos que se incluyen en el Formulario. Este grupo revisa el Formulario regularmente y realiza cambios cada 120 días, 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 enviará al miembro un aviso 60 días antes de los cambios en el formulario, de acuerdo con la Ley Estatal.

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

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

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

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

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

Molina notificará al Miembro o 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.

Nota: Si Molina no responde dentro de las 72 horas, la solicitud se considera aprobada.

Si se otorga la excepción de terapia escalonada, la duración de la excepción otorgada no será menor que la duración del efecto terapéutico del medicamento.

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

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

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

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

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

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

Costos Compartidos: Molina ubica los medicamentos en diferentes niveles, denominados “categorías” según su desempeño a la hora de mejorar la salud y su valor en comparación con otros tratamientos similares. En el Resumen de Beneficios y Cobertura, se pueden consultar los Costos Compartidos del Miembro para un suministro de un mes, sobre la base de estas categorías.

Molina no requiere que un Miembro realice un pago en el punto de venta por un medicamento recetado cubierto en una cantidad mayor que la menor de las siguientes cantidades:

- Monto de costo compartido aplicable para el medicamento recetado.
- El monto que pagaría el Miembro por el medicamento recetado si comprara el medicamento recetado sin usar un plan de beneficios de salud o cualquier otra fuente de beneficios o descuentos de medicamentos recetados.
- El monto total que Molina reembolsará a la farmacia por el medicamento recetado, incluido el monto de costo compartido pagado por Molina.
- El valor del reembolso del fabricante proporcionado a Molina o a su administrador de beneficios de farmacia para el medicamento recetado.

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

Categoría de medicamento	Descripción
Preventivo	PREV – Medicamentos y dispositivos preventivos y de planificación familiar (es decir, anticoncepción) con costo compartido de $0.
Medicamentos Genéricos Preferidos	Categoría 1: medicamentos genéricos preferidos.

Medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos	Categoría 2: medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos no preferidos.
Medicamentos de especialidad preferidos	Categoría 3 – Todos los medicamentos de especialidad preferidos (de marca y genéricos); Medicamentos que requieren un manejo especial, asesoramiento o seguimiento complejo, distribución limitada u otros requisitos de farmacia especiales; Según las reglas estatales, Molina puede solicitar a los Miembros que utilicen una farmacia especializada de la red; Algunos Medicamentos de Especialidad se venden únicamente en ciertas farmacias que la empresa farmacéutica haya elegido (“Distribución Limitada”).
Medicamentos de marca no preferidos	Categoría 4: medicamentos de marca no preferidos.
Medicamentos de especialidad no preferidos	Categoría 5 – Todos los medicamentos de especialidad no preferidos (de marca y genéricos); Medicamentos que requieren un manejo especial, asesoramiento o seguimiento complejo, distribución limitada u otros requisitos de farmacia especiales; Mayor costo compartido que los medicamentos de especialidad preferidos utilizados para tratar las mismas afecciones, si están disponibles; Según las reglas estatales, Molina puede solicitar a los Miembros que utilicen una farmacia especializada de la red; Algunos medicamentos de especialidad solo se venden en ciertas farmacias que la compañía farmacéutica ha elegido (“Distribución limitada”).
DME	DME: Artículos no relacionados con medicamentos, como equipos de monitoreo y suministros cubiertos por el beneficio de farmacia; el Costo Compartido sigue el del beneficio médico para Equipo Médico Duradero para artículos no relacionados con medicamentos en la lista de medicamentos. No se cubren los artículos y servicios para el cuidado rutinario de los pies, excepto para los Miembros con diabetes, a menos que sea médicamente necesario debido a la diabetes u otras neuropatías periféricas significativas.

De acuerdo con la Ley de Atención Médica Asequible, su plan cubre medicamentos de servicios médicos preventivos y formas de dosificación (PREV, en inglés) reconocidos a nivel nacional con costos compartidos de $0 si se recetan para que los utilice de acuerdo con esas recomendaciones.

Ciertos tipos de medicamentos cubiertos por su plan tienen límites de costos compartidos cada vez que los surte. Si su estado cuenta con límites específicos, los costos compartidos serán los costos compartidos más bajos del diseño de su plan o de cualquier límite que se requiera.

- Existen límites en sus costos compartidos para medicamentos contra el cáncer por vía oral. Pagará la tarifa más baja de dos: el costo compartido de categoría del formulario aplicable O el costo compartido de la quimioterapia y los medicamentos administrados por el proveedor especificados en el beneficio médico de su plan.
- Existen límites en sus costos compartidos para la insulina. El límite ($25) se aplica por medicamento de insulina y por suministro de 30 días. El límite no se aplica a los productos que contienen otros medicamentos además de la insulina.
- Usted no cuenta con costos compartidos de medicamentos recetados para tratar trastornos de salud mental o trastornos por consumo de sustancias.
- Usted no tiene costos compartidos para el control de la natalidad con receta y de venta libre.
- Usted no tiene costos compartidos de mifepristone y misoprostol cuando se recetan para interrumpir un embarazo en las primeras etapas.
- Usted no cuenta con costos compartidos de medicamentos antiinfecciosos cuando se le recetan para tratar una enfermedad de transmisión sexual.

El reembolso de medicamentos recetados es mayor que la cantidad necesaria para reducir el copago del miembro a cero en un medicamento en particular, el resto se acreditará a Molina.

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

Programa Obligatorio de Centro de Atención para Medicamentos Administrados por el Proveedor: Para los Medicamentos administrados por el Proveedor que requieren Autorización Previa, cuando se cumplen los criterios de cobertura del medicamento, se utiliza una política relativa al centro de atención para determinar la Necesidad Médica del centro de atención solicitado. El centro de atención es el lugar físico donde se administra la inyección o infusión de un medicamento para una afección 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 https://www.molinamarketplace.com/marketplace/nm/en-us/Providers/Drug-List.aspx.

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

Asistencia con los Costos Compartidos y los Gastos de Bolsillo para Medicamentos: la reducción de los Costos Compartidos para cualquier medicamento recetado que el Miembro obtenga mediante el uso de una tarjeta de descuento o un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos recetados, o cualquier otra forma de asistencia de terceros con los costos compartidos de medicamentos recetados, se aplicará a cualquier Deducible o al Máximo Anual de Gastos de Bolsillo conforme al Plan, salvo disposición en contrario de la Ley Federal o Estatal. Molina aplicará al Miembro el valor total de cualquier descuento proporcionado o pago realizado por los terceros, incluidos, entre otros, los programas de apoyo de las compañías farmacéuticas en el momento de la reclamación de medicamentos recetados.

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, productos y suplementos de venta libre que aparecen en el Formulario.

Equipo Médico Duradero para el Hogar: Molina cubre los equipos que cumplen con los siguientes estándares:

- El equipo es médicamente necesario para el tratamiento de una enfermedad, una lesión accidental o para evitar un mayor deterioro.
- El equipo está diseñado para un uso repetido, incluidos los equipos de oxígeno, las sillas de ruedas funcionales y las muletas.
- El equipo que se considera estándar o básico para el tratamiento de una enfermedad o lesión accidental, según se define en las pautas reconocidas a nivel nacional.

Cobertura de Aparatos Ortopédicos y Protésicos - Dispositivos Protésicos: los dispositivos ortopédicos son dispositivos artificiales que reemplazan o refuerzan una parte faltante o deteriorada del cuerpo. La compra, la colocación y los ajustes necesarios de los dispositivos ortopédicos y los suministros que reemplazan de manera parcial o completa la función de una parte del cuerpo disfuncional o no funcional de manera permanente están cubiertos cuando reemplazan una extremidad u otra parte del cuerpo, después de una extracción accidental o quirúrgica o cuando debido al crecimiento del cuerpo se necesita un reemplazo.

Dispositivo Ortótico: los dispositivos ortóticos son un dispositivo de soporte rígido o semirrígido individualizado construido y equipado por un técnico de ortopedia autorizado que apoya o elimina el movimiento de una parte débil o enferma del cuerpo. Ejemplos de Aparatos Ortopédicos son el aparato ortopédico funcional para manos o piernas, el

aparato ortopédico de Milwaukee o el aparato ortopédico de fractura. Un aparato ortótico es un dispositivo externo destinado a corregir cualquier defecto de forma o función del cuerpo humano. Proporcionamos cobertura para dispositivos protésicos iniciales y secundarios y aparatos ortóticos personalizados de manera no discriminatoria y sin restricciones en función de límites de utilización predeterminados,
al mismo nivel y costo compartido que la cobertura proporcionada para beneficios médicos y quirúrgicos.

Los dispositivos ortóticos protésicos y personalizados se consideran beneficios de salud esenciales para la recuperación de habilidades y rehabilitación
y no están sujetos a requisitos financieros separados o restricciones de utilización.
La cobertura para dispositivos protésicos y ortopédicos incluye:

- Atención clínica.
- Todos los suministros, materiales y dispositivos que el médico determine que son médicamente necesarios y más apropiados para maximizar la función de las extremidades superiores e inferiores, mantener actividades de la vida diaria o actividades esenciales relacionadas con el trabajo, y satisfacer las necesidades médicas de actividades físicas como, entre otras, correr, andar en bicicleta, nadar, entrenamiento de fuerza.

  Algunos ejemplos de dispositivos ortopédicos incluyen, entre otros:
  - Prótesis de mama debido a mastectomías y mastectomías preventivas.
  - Extremidades artificiales.
  - Prótesis de ojo.
  - Dispositivos de prostodoncia.
  - Prótesis de pene.
  - Reemplazos de articulaciones.
  - Marcapasos cardíacos.
  - Tubos de traqueotomía e implantes cocleares.

Aparatos ortóticos cubiertos, incluidos los siguientes:
  - Dispositivos podológicos para prevenir complicaciones de los pies asociadas a la diabetes.
  - Aparatos y otros dispositivos externos utilizados para corregir una función corporal, incluida la deformidad de pie equino.

- La reparación y el reemplazo del equipo médico duradero y los dispositivos protésicos y ortóticos según lo descrito a continuación.
- Todos los servicios, incluidos el diseño, la fabricación y la reparación.
- Reemplazo, sin tener en cuenta las restricciones razonables de vida útil, incluido el reemplazo necesario debido a un cambio en la condición del paciente o del

dispositivo si el reemplazo requiere reparaciones que cuesten más del 60 % del costo de reemplazo
- Acceso a dispositivos ortopédicos protésicos y personalizados de al menos dos proveedores de dispositivos distintos dentro de su red.
- Se cubre el alquiler de una silla de ruedas por un mes si es propietario de la silla de ruedas que esté en reparación.

Las decisiones de gestión de la utilización relacionadas con la cobertura de dispositivos ortopédicos protésicos o personalizados se aplicarán de manera no discriminatoria utilizando la versión más reciente del tratamiento basado en evidencia y los criterios de ajuste reconocidos por los especialistas clínicos relevantes o sus organizaciones.

No se denegarán los beneficios de prótesis y ortesis personalizadas para una persona con pérdida o ausencia de extremidades que, de otro modo, estarían cubiertos para una persona sin discapacidad que busque una intervención médica o quirúrgica para restaurar o mantener la capacidad de realizar las mismas funciones diarias y actividad física.

Sin embargo, no cubriremos dispositivos protésicos y aparatos ortopédicos personalizados cuando se requieran únicamente por comodidad o conveniencia.
Reparación y reemplazo de equipo médico duradero y dispositivos protésicos y ortóticos.

- Están cubiertos la reparación y el reemplazo cuando son médicamente necesarios debido a cambios en su condición, desgastes o una vez que se alcance la expectativa de vida útil normal de los productos.
- Se cubre el alquiler de una silla de ruedas por un mes si es propietario de una silla de ruedas que esté en reparación.

Limitaciones de los aparatos ortóticos: no cubrimos los aparatos ortóticos para los pies ni los dispositivos de calzado, excepto para los miembros que padezcan de una neuropatología diabética u otra neuropatología significativa. Las órtesis de pie, tobillo y rodilla (KAFO, en inglés) y de pie y tobillo (AFO, en inglés) fabricadas a medida están cubiertas para los miembros, de acuerdo con las pautas reconocidas a nivel nacional.

Exclusiones de Aparatos Ortóticos

- los aparatos ortóticos funcionales para el pie, incluidos los de fascitis plantar, pes planus (pies planos), espolones del talón y otras afecciones según lo determine el plan, los zapatos ortopédicos o correctivos, los soportes para el arco, los aparatos para el calzado, los aparatos ortopédicos para el pie y los aparatos ortopédicos o férulas a medida no están cubiertos, excepto para los pacientes con diabetes u otras neuropatías periféricas significativas.
- Los aparatos ortopédicos/ortesis personalizados no están cubiertos, excepto para la ortesis de pie, tobillo y rodilla (KAFO) o la ortesis de tobillo y pie (AFO),

excepto para los miembros que cumplan con las pautas reconocidas a nivel nacional.

Exclusiones de Dispositivos Protésicos: ayudas artificiales, incluidos dispositivos de síntesis del habla, excepto los artículos como beneficios cubiertos en esta Sección.

De acuerdo con la ley estatal para Atención de la Diabetes, un miembro que haya recibido autorización previa durante el año de la póliza no estará sujeto a requisitos adicionales de autorización previa en el mismo año de la póliza si el profesional de la salud de la persona cubierta lo receta como médicamente necesario.

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 Servicios para Miembros para obtener más información sobre la cobertura.

Vendajes Quirúrgicos: Molina cubre los vendajes quirúrgicos que requieren receta médica de un profesional/proveedor y no se pueden comprar sin receta médica están cubiertos cuando son médicamente necesarios para el tratamiento de una herida causada o tratada por un procedimiento quirúrgico.

Exclusiones de Vendajes Quirúrgicos:

- los suministros médicos desechables comunes que se pueden comprar sin receta médica, como, entre otros, apósitos, vendajes adhesivos, gasas (como vendajes de 4 por 4) y vendajes elásticos, no están cubiertos, excepto cuando se proporcionan en un hospital o en el consultorio del médico/proveedor o por un profesional de atención médica domiciliaria.
- Los guantes no están cubiertos, a menos que formen parte de un kit de tratamiento de heridas.
- Manguera de soporte elástica.

Medias de Compresión Graduada: Molina cubre medias de compresión graduada para:

- Varices inflamadas y dolorosas graves y persistentes, o linfedema/edema o insuficiencia venosa que no responden a la elevación simple.
- Úlceras por estasis venosa que han sido tratadas por un médico/proveedor u otro profesional de la salud que requiere un desbridamiento médicamente necesario (limpieza de heridas)

Envolturas para Linfedema: Molina cubre las envolturas y prendas de linfedema recetadas bajo la dirección de un terapeuta de linfedema.

Anteojos y Lentes de Contacto (Limitados): Molina solo cubrirá los anteojos y lentes de contacto en las siguientes circunstancias:

- Los lentes de contacto están cubiertos para la corrección de la afaquia (aquellos sin lentes en el ojo) y queratocono. Esto incluye el examen de refracción ocular.
- Se cubre un par de anteojos estándar (no teñidos) (o lentes de contacto si es médicamente necesario) dentro de los 12 meses posteriores a la cirugía de cataratas o cuando esté relacionado con un error genético congénito del metabolismo. Esto incluye examen de refracción ocular, lentes y monturas estándar.

Anteojos y lentes de contacto (no pediátricos) - Exclusiones:

- la atención de la vista de rutina y las refracciones oculares para determinar las recetas de lentes correctivos no están cubiertas.
- Procedimientos de refracción ocular que incluyen queratotomía radial, procedimientos con láser y otras técnicas.
- Entrenamiento visual.
- Terapia de movimiento ocular.

DME para diabéticos: DME podológico médicamente necesario para prevenir complicaciones de los pies asociadas a la diabetes de la siguiente manera:

- zapatos terapéuticos moldeados o con incrustaciones profundas;
- aparatos ortopédicos funcionales;
- insertos moldeados personalizados;
- insertos de repuesto;
- dispositivos preventivos; y
- modificaciones del calzado para la prevención y el tratamiento.

Exigimos el uso de marcas de DME aprobadas que se compran en una farmacia de la red, proveedor preferido o proveedor de equipos médicos duraderos preferido.

También cubriremos los artículos que no figuran específicamente como cubiertos cuando el DME nuevo y mejorado y los medicamentos recetados para el tratamiento y el control de la diabetes sean aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. Una vez que se aprueben dichos artículos, actualizaremos nuestro formulario y otra información para proporcionar un acceso adecuado a estos recursos. La cobertura de medicamentos recetados recientemente aprobados para el tratamiento y manejo puede estar sujeta a autorización previa y requisitos de terapia escalonada.

Exclusiones Generales de DME:

- Equipo médico duradero mejorado o de lujo.
- Artículos de conveniencia que incluyen, entre otros, un dispositivo, objeto o servicio electrodoméstico que es para mayor comodidad y facilidad y no es principalmente de naturaleza médica, como taburetes/sillas de ducha o bañera, asientos, barras de sujeción de baño, cabezales de ducha, bañeras de hidromasaje/jacuzzis, vaporizadores, accesorios como cestas, bandejas, asientos o persianas para sillas de ruedas, andadores y cochecitos, ropa, almohadas, ventiladores, humidificadores y camas y sillas especiales (sin incluir los cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero).
- Equipos médicos duraderos duplicados (es decir, para el hogar y la oficina).
- Reparación y reemplazo que incluye:
- Reparación o reemplazo de equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos y dispositivos protésicos debido a la pérdida, negligencia, mal uso, abuso o mejora de la apariencia o conveniencia.
- Reparación y reemplazo de artículos bajo la garantía del fabricante o proveedor.
- Las sillas de ruedas adicionales no están cubiertas si el miembro tiene una silla de ruedas funcional, independientemente del comprador original de la silla de ruedas.

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, incluidos aquellos para personas legalmente ciegas, tiras de lectura visual de orina y cetonas, ayudas para la inyección de insulina, incluidos aquellos adaptables para satisfacer las necesidades de las personas legalmente ciegas, agentes orales prescriptivos para controlar los niveles de azúcar en la sangre, kits de emergencia de glucagón, 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.

Límites en Medicamentos para la Diabetes: el monto que un Miembro con diabetes debe pagar por un medicamento recetado del formulario de preferencia, ya sea insulina o una alternativa médicamente necesaria, no debe exceder un total de veinticinco dólares ($25.00) para un suministro de treinta días.

La cobertura de todos los demás beneficios, tratamientos y suministros relacionados con la diabetes puede estar sujeta a costos compartidos (deducible, copago y coseguro) de acuerdo con el costo compartido impuesto a otros beneficios bajo el mismo contrato. Este costo compartido no excederá el costo compartido establecido para beneficios similares bajo este plan.

Medicamentos Recetados para Dejar de Fumar: En Molina, los medicamentos para ayudar a los Miembros a dejar de fumar están cubiertos sin Costos Compartidos. Esto incluye medicamentos para dejar de fumar y productos de reemplazo de nicotina de venta libre, si se obtienen con receta médica. Los miembros deben consultar a su Proveedor para determinar qué medicamento es el más adecuado para ellos. Los medicamentos

cubiertos se mencionan en el Formulario. Específicamente, Molina proporcionará cobertura para todos los servicios para dejar de fumar aprobados por la FDA recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, incluida la asesoría individual, grupal y telefónica, y cualquier combinación de dichos servicios. Para los servicios asociados con más de dos intentos de dejar de fumar dentro de un período de doce (12) meses, o un tratamiento que exceda la duración recomendada por las últimas guías publicadas de práctica clínica del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos sobre el tratamiento del consumo de tabaco, es posible que se requiera autorización previa.

Gotas para los ojos recetadas: Molina cubre las gotas oftálmicas recetadas médicamente necesarias identificadas en el formulario y recetadas por el proveedor del Miembro. Se deben cumplir los siguientes criterios para renovar una receta:

- El Miembro solicita la renovación al menos veintitrés días para un suministro de treinta días de gotas oftálmicas, cuarenta y cinco días para un suministro de sesenta días de gotas oftálmicas o sesenta y ocho días para un suministro de noventa días de gotas oftálmicas a partir de la última fecha entre las siguientes: la fecha en que la receta original fue dispensada al Miembro o la fecha en la que la última renovación de la receta fue dispensada al Miembro; y
- El proveedor participante indica en la receta original que se necesitan cantidades adicionales y que la renovación solicitada por el asegurado no excede el número de cantidades adicionales necesarias.

Límite de suministro diario: Aunque los Proveedores determinan la cantidad de medicamentos, suministros de productos o suplementos a recetar, Molina solo puede cubrir un mes de suministro a la vez para determinados productos. En el Formulario se indica “CORREO” en los artículos que pueden estar cubiertos con un suministro para 3 meses a través de nuestra red de farmacias, un servicio de farmacia de pedido por correo contratado u otros programas del Plan. Las cantidades que superan los límites de suministro diario del Formulario no están cubiertas, con pocas excepciones.

Prorrateo y sincronización: Molina proporciona un prorrateo 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, que el Miembro solicita o acepta recibir menos de treinta días de suministro del medicamento recetado, y que la reducción del surtido o resurtido se realiza con el fin de sincronizar los surtidos de medicamentos recetados del Miembro. El prorrateo descrito se basará en la cantidad de días de suministro del medicamento dispensado.

Analgésicos con Opioides para el Dolor Crónico: se requiere una Autorización Previa para la cobertura de farmacia de medicamentos con opioides para tratar el dolor crónico. Sin una Autorización Previa, las reclamaciones por opioides tienen límites de seguridad, que incluye un suministro reducido por surtido y están sujetas a restricciones sobre los

medicamentos opioides de larga duración y las dosis diarias totales combinadas. Estos requisitos no se aplican a los Miembros en las siguientes circunstancias: Los analgésicos con opioides se recetan a un Miembro que es paciente en un centro de cuidado paliativo, a un Miembro diagnosticado con una enfermedad terminal o en tratamiento activo contra el cáncer. Molina realizará una revisión del uso para todas las solicitudes de autorización previa de opioides.

Medicamentos contra el Cáncer: Molina cubre los costos razonables de medicamentos contra el cáncer (incluidos los medicamentos por vía oral contra el cáncer) y su administración. Las solicitudes de uso de un medicamento fuera de lo indicado por la FDA (es decir, el uso para una indicación no autorizada) se revisan para determinar la Necesidad Médica en comparación con las recomendaciones estándar para el uso del medicamento y para el tipo de cáncer que se trata. No se deniega ninguna solicitud únicamente sobre la base del uso fuera de las indicaciones de la FDA. Los medicamentos con los que los Proveedores tratan a los Miembros estarán sujetos a los Costos Compartidos especificados para la quimioterapia, según el beneficio médico del centro donde se administra el tratamiento. Los medicamentos que los Miembros reciben en las farmacias estarán sujetos a los Costos Compartidos especificados en el beneficio de farmacia. Consulte el SBC para conocer los Costos Compartidos aplicables. La mayoría de los medicamentos nuevos contra el cáncer se consideran Medicamentos Especializados conforme al beneficio de farmacia. La cobertura de un medicamento contra el cáncer recetado y administrado por vía oral no está sujeta a ninguna autorización previa, límite en dólares, copago, deducible o disposición de Coseguro que no se aplique a los medicamentos contra el cáncer administrados o inyectados por vía intravenosa que se usan para matar o frenar el crecimiento de células cancerosas. 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.

Disponibilidad de Suministro Extendido de Medicamentos del Formulario: Molina ofrece a los Miembros la opción de recargar hasta un suministro de 90 días en farmacias minoristas de la red, o mediante la opción de pedido por correo, de ciertos medicamentos en las categorías “Medicamentos Preventivos”, “Medicamentos Genéricos Preferidos”, “Medicamentos de Marca Preferidos” y “Medicamentos No Preferidos de Marca y Genéricos”. Los medicamentos elegibles están marcados como “CORREO” en el Formulario. Los medicamentos de las Categorías Medicamentos de Marca y Genéricos de Especialidad no son elegibles para programas de suministro de 90 días como el Pedido por Correo, aunque la mayoría de los medicamentos Especializados serán enviados directamente al Miembro. Para obtener más información, visite MolinaMarketplace.com 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, en virtud de las Secciones 59A-22-42, 59A-22-43, y 59A-46-44 NMSA 1978. 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 propuestos poco eficaces identificados por el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (DESI, en inglés).
- Terapia genética
- Medicamentos experimentales o en investigación.
- Medicamentos para bajar de peso o para la diabetes cuando se usan fuera de lo indicado para perder peso en lugar de tratar la diabetes a menos que este acuerdo indique lo contrario.
- Cualquier medicamento que sería ilegal recetar según la Ley Estatal o federal, independientemente del estado en el que se receta o surte el medicamento.

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

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

Programas de Pérdida de Peso
Cubrimos las evaluaciones dietarias y el asesoramiento para el manejo médico de la obesidad mórbida y la obesidad, así como los medicamentos recetados médicamente necesarios para el tratamiento de la obesidad y la obesidad mórbida. Consulte también los beneficios que se detallan en Cirugía Bariátrica.

Exclusiones:

- Tratamientos y medicamentos para reducir o controlar el peso, excepto los que sean necesarios por razones médicas para el tratamiento de la obesidad mórbida y la obesidad.
- Equipo de ejercicio, videos, entrenadores personales, miembros del club y programas de reducción de peso.

Atención Médica de la Mujer: cubrimos los siguientes servicios de atención médica para mujeres, además de los servicios enumerados en Atención médica preventiva y otras secciones de este plan.

- La atención ginecológica incluye**:**
  - Exámenes anuales.
  - Cuidados relacionados con el embarazo.
  - Aborto espontáneo.
  - Abortos terapéuticos.
  - Otros servicios ginecológicos.
- Mamografía.
  - Una mamografía inicial a personas de entre treinta y cinco y treinta y nueve años de edad.
  - Una mamografía cada dos años para personas de cuarenta a cuarenta y nueve años y una mamografía anual para personas de cincuenta años o más.
  - Diagnóstico y exámenes complementarios de mamas.
  - Las mujeres pueden requerir imágenes adicionales para completar las pruebas de detección o para abordar los hallazgos de la mamografía de detección inicial. Si se indican imágenes adicionales (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], ultrasonido, mamografía) y evaluación de patología, también se recomiendan estos servicios para completar el proceso de prueba de detección de neoplasias malignas. La prueba de detección debe continuar hasta al menos los 74 años de edad, y la edad por sí sola no debe ser la base para suspenderla. Las mujeres con mayor riesgo también deben someterse a pruebas de detección por mamografía periódicas, sin embargo, las recomendaciones de servicios adicionales están fuera del alcance de la recomendación.
- Mastectomía, mastectomía profiláctica, dispositivos protésicos y cirugía reconstructiva.
  - La cobertura para la extirpación quirúrgica médicamente necesaria de la mama (mastectomía) es por no menos de 48 horas de atención para pacientes internados después de una mastectomía y no menos de 24 horas de atención para pacientes internados después de una disección de los ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de mama, a menos que el miembro y el médico/proveedor tratante determinen que un período más corto de hospitalización es apropiado.
  - Se proporciona cobertura para prótesis mamarias externas después de la extirpación quirúrgica médicamente necesaria de la mama (mastectomía). Se cubren dos sostenes por año para miembros con prótesis mamaria externa.

    - Como alternativa, se proporciona cirugía reconstructiva de mama posterior a la mastectomía, que incluye reconstrucción o tatuaje del pezón, colgajo TRAM (o implante mamario si es necesario) y reconstrucción de la mama opuesta si es necesario para producir una apariencia simétrica.
    - Las prótesis y el tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema, están Cubiertos en todas las etapas de la mastectomía
- Cobertura de osteoporosis para servicios relacionados con el tratamiento y manejo apropiado de la osteoporosis cuando se determina que dichos servicios son médicamente necesarios
- Prueba intravenosa de detección de alfa-fetoproteína para mujeres embarazadas, con el fin de detectar ciertas anomalías genéticas en el feto; suele llevarse a cabo entre las dieciséis y las veinte semanas de embarazo.
- Pruebas de detección de incontinencia urinaria.

Exclusiones

- Abortos electivos.
- La atención de maternidad y recién nacido, de la siguiente manera, no está cubierta:
  - Uso de un centro de emergencia para servicios que no son de emergencia, a menos que una persona razonable experimente una condición de salud que crea que podría poner en peligro la salud de la madre o del bebé.
  - Parto domiciliario electivo y cualquier servicio prenatal o posparto relacionado con un parto domiciliario electivo. Parto domiciliario electivo significa un parto que fue planeado o previsto por el miembro o profesional/proveedor para que ocurriera en el hogar

EXCLUSIONES

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

Las disposiciones de esta sección describen las condiciones generales de cobertura y las exclusiones y limitaciones importantes que se aplican generalmente a todos los tipos de servicios o suministros.

Exclusiones Generales: incluso si un servicio, suministro, dispositivo o medicamento aparece como cubierto de otra manera en los detalles, no es elegible para los beneficios si se aplica alguna de las exclusiones generales.

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

Ciertos exámenes y servicios: por lo general, lo siguiente no está cubierto. Exámenes físicos y otros servicios que son:

- Requeridos para obtener o mantener empleo o participación en programas de empleados.
- Requeridos para obtener cobertura médica, seguro de vida o licencia.
- Por orden judicial (a menos que se cumplan los criterios de necesidad médica), o
- Requeridos para libertad condicional o libertad bajo palabra..

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

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

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

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

Dietista: un servicio de un Dietista no es un servicio cubierto, excepto que esté cubierto específicamente por los beneficios de Servicios de Dietista o el beneficio de Atención para pacientes terminales. Consulte ambas secciones para obtener información adicional.

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

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

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

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

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

Servicios homeopáticos y holísticos: otros servicios no tradicionales, incluidos, entre otros, el tratamiento holístico y homeopático, el yoga, el Reiki, la terapia de masajes y la terapia del método Rolf.

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

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

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

Apoyo y Servicios a Largo Plazo (LTSS): no es un beneficio cubierto.

Terapia de masaje: La terapia de masaje no está cubierta a menos que la proporcione un fisioterapeuta autorizado y como parte del programa de fisioterapia de rehabilitación a corto plazo indicado.

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

Artículos y Servicios No Relacionados con la Atención Médica: Molina no cubre servicios que no son servicios de atención médica, como los que se indican a continuación:

- Enseñanza de modales y protocolo.
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación como la planificación de actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas.
- Artículos y servicios que aumentan el conocimiento o las habilidades académicas, servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.

- Preparación académica o tutoría para habilidades como gramática, matemáticas y manejo del tiempo.
- Enseñanza de la habilidad de leer para miembros con dislexia.
- Pruebas educativas.
- Enseñar arte, danza, montar a caballo, música, tocar instrumentos o nadar.
- Enseñar habilidades para conseguir empleo o con propósitos vocacionales.
- Formación profesional o enseñar habilidades profesionales.
- Cursos de crecimiento profesional.
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral.
- Terapia acuática y otras terapias con agua.
- Exámenes relacionados con el desempeño laboral, deportivo (exámenes físicos para deportes) o recreativo.
- Artículos de conveniencia personal.

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. Esto no se aplica a personas que, con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, buscan atención médica para lo que razonablemente parece ser una afección aguda que requiere atención médica, incluso si luego se determina que la afección del paciente no es de emergencia.

Nutrición oral: No se cubre la nutrición oral para pacientes ambulatorios, como los suplementos dietéticos o nutricionales, las fórmulas especializadas, los suplementos, los suplementos herbarios, las ayudas para la pérdida de peso, las fórmulas y los alimentos. Esta exclusión no se aplica a las fórmulas y productos alimenticios especiales cuando se recetan para el tratamiento de la fenilcetonuria u otros errores congénitos del metabolismo que involucran aminoácidos, de conformidad con la sección “Fenilcetonuria (PKU)” del presente Acuerdo.

Servicio de enfermería privado: por lo general, no se cubren los servicios de enfermería proporcionados a un paciente en un centro o en un domicilio particular a menos que este acuerdo indique específicamente lo contrario. En general, las enfermeras contratadas de forma independiente proporcionan los servicios privados de enfermería, y no una agencia, como una agencia de atención médica domiciliaria.

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

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

Cirugía Reconstructiva: Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva no están cubiertos:

- Cirugía que, a juicio de un médico 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. No se incluyen las cirugías médicamente necesarias.

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

- Un Hospital.
- Un centro de enfermería especializada.
- Un centro de cuidado de relevo para pacientes internados cubiertos, de acuerdo con la sección “Servicios de cuidados paliativos”.
- Un centro con licencia que brinda servicios residenciales para casos de crisis cubiertos en la sección “Servicios de Salud Mental (para pacientes internados y ambulatorios)”.
- Un centro con licencia que proporciona servicios de recuperación residenciales de transición cubiertos por la sección Trastornos por Uso de Sustancias (Pacientes Internados y Ambulatorios).

Artículos y servicios de cuidado rutinario de los pies: No se cubren los artículos y servicios para el cuidado rutinario de los pies, excepto para los Miembros con diabetes, a menos que sea médicamente necesario debido a la diabetes u otras neuropatías periféricas significativas.

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

Servicios prestados fuera del área de servicio: excepto como se indica en este Acuerdo, no se cubren los servicios y suministros proporcionados a un Miembro fuera del Área de Servicio, lugar al que el Miembro viajó con el fin de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos. Además, tampoco se cubre la atención médica de rutina, la atención médica preventiva, la atención médica primaria, la atención especializada y los servicios para pacientes internados cuando se suministran fuera del área de servicio. Cuando la muerte ocurre fuera de los Estados Unidos, no se cubre la evacuación médica

ni la repatriación de los restos. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente para obtener más información.

Servicios prestados fuera del territorio de los Estados Unidos de América: salvo que se disponga lo contrario en este Acuerdo, los servicios (tanto de emergencia como de no emergencia), suministros o medicamentos recetados recibidos fuera de los Estados Unidos no están cubiertos.

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

Servicios relacionados con un Servicio No Cubierto: Cuando un servicio no está cubierto, todos los servicios relacionados con ese servicio tampoco están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a los servicios que Molina cubriría de otra manera para tratar las complicaciones del Servicio No Cubierto. Molina cubre todos los servicios médicos básicos Médicamente 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.

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

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

Disfunción sexual: el tratamiento de la disfunción sexual, independientemente de la causa, incluidos, entre otros, los dispositivos, los implantes, los procedimientos quirúrgicos y los medicamentos no están cubiertos.

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

Gastos de viaje y alojamiento: los gastos de viaje y alojamiento no están cubiertos, a menos que estén relacionados con los servicios de Trasplante. Consulte la sección Servicios de Trasplante de este Acuerdo para obtener más detalles. Molina puede pagar ciertos gastos que Molina Autoriza Previamente de acuerdo con las directrices de viaje y alojamiento de Molina.

Servicios de Atención de la Vista: Molina no cubre lo siguiente a menos que se indique específicamente en el acuerdo:

- Anteojos, monturas de anteojos, ningún tipo de lentes de contacto o lentes correctivos.
- Ejercicios para los ojos, entrenamiento visual, ortóptica, terapia de integración sensorial.
- Queratotomía radial, cirugías láser y otras queratoplastias refractivas.
- Refracciones oculares (pruebas para determinar si se necesitan anteojos y, de ser así, de qué graduación).

RECLAMACIONES

Procesamiento de Reclamaciones: El pago de las reclamaciones se hará a los Proveedores Participantes de acuerdo con las disposiciones de cronología establecidas en el contrato del proveedor, las Leyes Estatales y Federales. A menos que el Proveedor y Molina hayan acordado por escrito un cronograma de pago alternativo, generalmente Molina pagará al Proveedor el servicio dentro de los 45 días calendario (reclamación manual) y 30 días calendario (reclamación electrónica) posteriores a la recepción de una reclamación presentada con toda la documentación médica relevante y que cumpla con las pautas y requisitos de facturación de Molina.

Aviso de Reclamación: el aviso por escrito de la reclamación debe presentarse ante la compañía de seguros en un plazo de veinte días después de la ocurrencia o el comienzo de cualquier pérdida cubierta por la póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible. El aviso presentado por el asegurado o el beneficiario, o en su nombre, a la compañía de seguros, en PO Box 3887, Albuquerque, NM 87190, o a cualquier agente autorizado de la compañía de seguros, con información suficiente para identificar al asegurado, se considerará aviso a la compañía de seguros.

Debe proporcionarnos un aviso por escrito de una reclamación dentro de los veinte (20) días después de recibir los servicios cubiertos. O bien, si no puede enviar un aviso dentro de este tiempo, tan pronto como sea razonablemente posible. También aceptaremos notificaciones en su nombre.

Presentación de Reclamaciones por parte de Miembros (Formularios): cuando recibe un aviso de Reclamación de un Miembro, Molina Healthcare le proporcionará al Miembro formularios que suele proporcionar para presentar pruebas de pérdida (si dichos formularios adicionales son apropiados y requeridos por Molina) con respecto a tales Reclamaciones. Si Molina Healthcare no proporciona esos formularios requeridos al Miembro dentro de los 15 días posteriores a la entrega de dicho aviso de Reclamación a Molina, se considerará que el Miembro ha cumplido con los requisitos de esta EOC como prueba de pérdida al momento de su envío, dentro del plazo establecido en la EOC para presentar pruebas de pérdida, prueba escrita que cubre el evento, la naturaleza y la extensión de la pérdida para la cual se realiza la Reclamación.

Al recibir su aviso, le proporcionaremos nuestro formulario estándar requerido para presentar una prueba de la pérdida. Si no proporcionamos este formulario dentro de los

quince (15) días, usted puede cumplir con el requisito enviando una prueba escrita de la pérdida.

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

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

No proporcionar dicha prueba dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no fue razonablemente posible hacerlo dentro de dicho plazo, siempre y cuando la prueba correspondiente se proporcione tan pronto como sea razonablemente posible y, en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más de un año desde el momento en que se requiere la prueba.

Las indemnizaciones pagaderas en virtud de este Acuerdo por cualquier pérdida que no sea la pérdida por la cual esta póliza disponga cualquier pago periódico serán pagadas de inmediato al recibir la prueba por escrito de dicha pérdida. Sujetas a una prueba por escrito de la pérdida, todas las indemnizaciones devengadas por la pérdida para la cual esta póliza proporciona un pago periódico se pagarán dentro de los 30 días calendario y cualquier saldo restante sin pagar después de la terminación de la responsabilidad se pagará de inmediato luego de la recepción de la prueba por escrito adeudada. Se debe presentar la prueba de pérdida por escrito ante Molina en la oficina mencionada en caso de reclamaciones por pérdidas para las que esta póliza prevea pagos periódicos sujeto a la continuación de la pérdida dentro de los noventa días posteriores a la terminación del período durante el que Molina es responsable y, en caso de reclamación por cualquier otra pérdida, dentro de los noventa días posteriores a la fecha de dicha pérdida. No proporcionar dicha prueba dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no fue razonablemente posible hacerlo dentro de dicho plazo, siempre y cuando la prueba correspondiente se proporcione tan pronto como sea razonablemente posible y, en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más de un año desde el momento en que se requiere la prueba.

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

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

Pago de facturas: los Miembros deben consultar su SBC para conocer sus responsabilidades de Costos Compartidos para los Servicios Cubiertos. Los Miembros pueden ser responsables de pagar el precio total de los servicios en los siguientes casos:

El Miembro solicita y recibe servicios médicos que no son Servicios Cubiertos.
Excepto en el caso de Servicios de Emergencia, el Miembro solicita y obtiene servicios de atención médica de un Proveedor o centro que es un Proveedor No Participante sin obtener la Autorización Previa de Molina.

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

Aceptación de determinados pagos de terceros: Molina acepta pagos de primas y de Costo Compartido de las siguientes entidades de terceros para las personas inscritas al plan, según lo dispuesto por la Ley Estatal:

- un programa Ryan White de HIV/AIDS bajo el título XXVI de la Ley de Servicio de Salud Pública;
- una tribu Indígena, organización Indígena u organización urbana Indígena;
- un programa de gobierno local, estatal o federal, incluido un concesionario dirigido por un programa del gobierno para hacer pagos en su nombre.

Pago de Reclamaciones de un Miembro Fallecido: las reclamaciones de un Miembro por Servicios Cubiertos recibidos por un Miembro que falleció (presentados cuando dicho Miembro estaba vivo) serán pagaderas conforme a la designación del beneficiario y las disposiciones relativas a dichos pagos. Si no se proporciona dicha designación o disposición, las Reclamaciones se pagarán a la sucesión del Miembro fallecido. Cualquier otra Reclamación sin pagar en caso de fallecimiento del Miembro podrá, a discreción de Molina, pagarse a dicho beneficiario o a dicha sucesión. Todas las demás Reclamaciones serán pagaderas al Miembro o al proveedor de atención médica, a discreción de Molina Healthcare.

Prueba de Pérdida
Debe enviar la prueba de pérdida por escrito a nuestras oficinas en caso de reclamaciones por pérdidas para las que esta póliza prevea pagos periódicos sujeto a la continuación de la pérdida dentro de los noventa (90) días posteriores a la terminación del período durante el que la aseguradora es responsable y, en caso de reclamación por cualquier otra pérdida, dentro de los noventa días posteriores a la fecha de dicha pérdida. No proporcionar dicha prueba dentro del plazo requerido no

invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no fue razonablemente posible hacerlo dentro de dicho plazo, siempre y cuando la prueba correspondiente se proporcione tan pronto como sea razonablemente posible y, en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más de un año desde el momento en que se requiere la prueba.

Prueba de pérdida: Se debe presentar la prueba de pérdida por escrito ante Molina en la oficina mencionada en caso de reclamaciones por pérdidas para las que este Acuerdo prevea pagos periódicos sujeto a la continuación de la pérdida dentro de los 90 días posteriores a la terminación del período durante el que Molina es responsable y, en caso de reclamación por cualquier otra pérdida, dentro de los 90 días posteriores a la fecha de dicha pérdida. No proporcionar dicha prueba dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no fue razonablemente posible hacerlo dentro de dicho plazo, siempre y cuando la prueba correspondiente se proporcione tan pronto como sea razonablemente posible y, en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más de 1 año desde el momento en que se requiere la prueba.

Formulario de Reclamación de Prueba de Pérdida: Tras recibir un aviso de reclamación, Molina proporcionará dichos formularios que generalmente se proveen para presentar pruebas de pérdida. Si esos formularios no se proporcionan dentro de los 15 días posteriores a la entrega de dicho aviso, se considerará que el Miembro ha cumplido con los requisitos de este Acuerdo en lo que respecta a la prueba de pérdida al presentar, dentro del plazo establecido en el Acuerdo para la presentación de dichas pruebas, una prueba escrita en la que conste el evento, la naturaleza y la extensión de la pérdida por la que se realiza la reclamación.

Momento de pago de las reclamaciones de prueba de pérdida: las indemnizaciones pagaderas en virtud de este Acuerdo por cualquier pérdida que no sea la pérdida por la cual este Acuerdo disponga cualquier pago periódico serán pagadas de inmediato al recibir la prueba por escrito de dicha pérdida. Sujetas a una prueba por escrito de la pérdida, todas las indemnizaciones devengadas por la pérdida para la cual este Acuerdo dispone un pago periódico serán mensuales, y cualquier saldo restante sin pagar después de la terminación de la responsabilidad se pagará de inmediato luego de la recepción de la prueba por escrito adeudada.

Exámenes físicos: Molina, por su cuenta, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Miembro cuando sea razonablemente necesario y con la frecuencia que considere durante la tramitación de una reclamación en virtud del presente documento cuando no esté prohibido por la Ley Estatal y federal.

Lesiones relacionadas con accidentes automovilísticos: Molina no excluye la cobertura por lesiones relacionadas con accidentes automovilísticos, excepto según lo exija la Ley estatal.

Ocupación lícita o actividad delictiva: Molina no es responsable de ninguna pérdida cuya causa contribuyente haya sido comisión o el intento de comisión de un delito grave por parte del Miembro, o cuya causa contribuyente haya sido la participación del Miembro en una ocupación ilegal u otra actividad delictiva deliberada.

AVISOS LEGALES

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

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

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

Cambios en las Primas y Costos Compartidos: Cualquier cambio en este acuerdo, incluidos, entre otros, los cambios en los montos de las Primas, los Servicios Cubiertos, el

Deducible, el Copago, el Coseguro y el OOPM, entrará en vigor 60 días después del aviso enviado a la dirección del suscriptor que Molina tiene registrada.

Exámenes Físicos y Autopsia: Molina Healthcare, por su cuenta, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a la persona del Miembro cuando sea razonablemente necesario y con la frecuencia que considere durante la pendencia de una Reclamación en virtud del presente documento, y de hacer una autopsia en caso de muerte del Miembro, cuando no esté prohibido por las leyes.

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

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

No discriminación: Molina no discrimina al contratar personal, aceptar la inscripción de Marketplace o proporcionar atención médica sobre la base de:

- Estado de salud.
- Ceguera.
- Condición médica, incluyendo enfermedades físicas y mentales.
- Experiencia en reclamaciones.
- Atención médica recibida.
- Antecedentes médicos.
- Información genética.
- Pruebas de asegurabilidad, incluidas las condiciones que surjan de actos de violencia doméstica.
- Discapacidad (de conformidad con las leyes federales y estatales).
- Orden judicial o solicitud de agencia administrativa.
- Cuando un servicio está disponible a través de un programa de beneficio público.
- Género.
- Origen nacional.
- Orientación sexual.

- Cualquier otro factor relacionado con el estado de salud que el superintendente especifique en las reglas de la oficina del superintendente de seguros.
- Identidad de género o estado transgénero.
- Entre individuos y riesgos de la misma clase y esencialmente del mismo riesgo, en el monto de la prima, honorarios o tarifas cobradas por cualquier póliza o contrato de seguro de salud o en los beneficios pagaderos en virtud del mismo, o en cualquiera de los términos o condiciones de dicha póliza o contrato, o de cualquier otra manera.

Molina tampoco discrimina con respecto a la participación en el plan o la cobertura contra ningún proveedor de atención médica que esté actuando dentro del alcance de la licencia o certificación de ese proveedor según la Ley Estatal aplicable.

A continuación, se encuentra la información de contacto para la Oficina de Atención Médica Administrada de New Mexico y la Oficina del Fiscal General de New Mexico:

Managed Health Care Bureau
Office of Superintendent of Insurance
P.O. Box 1689
Santa Fe, NM 87504-1689
Tel: 1-505-827-4601
Número Gratuito: 1-855-427-5674
www.osi.state.nm.us

State of New Mexico Office of the Attorney General
408 Galisteo Street
Villagra Building
Santa Fe, NM 87501
Línea gratuita 1 (844) 255-9210
Teléfono: 1 (505) 490-4060
Fax: 1 (505) 490-4883

Para completar en línea el Formulario de quejas del consumidor o descargarlo en inglés o en español, visite https://www.nmag.gov/consumer-complaint-instructions.aspx.

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

Asignación: un Miembro no puede asignar este Acuerdo ni ninguno de los derechos, intereses, reclamaciones por dinero adeudado, beneficios, reclamaciones u obligaciones bajo este documento sin contar con el consentimiento previo de Molina por escrito. Molina puede rehusarse a dar su consentimiento, a su propia discreción.

Ley Vigente: excepto que lo prefiera la Ley Federal, este Acuerdo se regirá de acuerdo con la Ley Estatal y cualquier disposición que deba estar en este Acuerdo por Ley Estatal o Federal será vinculante para Molina y para los Miembros, ya sea que se establezca o no en este Acuerdo.

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

Avisos: Los avisos requeridos por Molina en virtud de este Acuerdo se enviarán a la dirección registrada más reciente del suscriptor. El suscriptor es responsable de informar cualquier cambio de dirección al Marketplace.

Acción legal: No se iniciarán acciones legales o de equidad para recuperar este Acuerdo antes del vencimiento de 60 días después de que se haya proporcionado prueba escrita de la pérdida de acuerdo con los requisitos de este Acuerdo. No se podrá realizar tal acción después de tres años a partir del momento en que se requiera la prueba escrita de pérdida.

Continuación de la Cobertura: cualquier Dependiente del Suscriptor cubierto en el presente Acuerdo tendrá derecho a continuar con la cobertura bajo este Acuerdo o a inscribirse en cualquier otro producto de plan de salud del Marketplace en el momento en que corresponda a partir de

- la muerte del Suscriptor o
- el divorcio, la anulación o la disolución del matrimonio o la separación legal entre el Cónyuge y el Suscriptor.

Cuando la continuidad de la cobertura se realiza a nombre del Cónyuge del Suscriptor, dicha cobertura puede, a discreción del Cónyuge, incluir cobertura para los Niños Dependientes que se encuentran bajo la responsabilidad de cuidado y manutención del Cónyuge. Estos derechos establecidos por este Acuerdo para los Dependientes del Suscriptor están sujetos a las limitaciones y condiciones establecidas en el resto de esta sección.

- El derecho a continuar con la cobertura en virtud de este Acuerdo no existirá con respecto a ningún familiar cubierto del Suscriptor en caso de que la cobertura bajo este producto termine debido a (a) la cancelación de este Acuerdo por parte del Suscriptor, (b) la falta de pago de la prima, (c) la no renovación de este Acuerdo o (d) el vencimiento del plazo para el cual se emitió este Acuerdo. Con respecto a cualquier familiar cubierto que cumpla con los requisitos para inscribirse en Medicare o cualquier otro programa de seguro de salud federal o estatal similar, el derecho a una continuación de cobertura conforme a esta sección estará limitado por lo dispuesto por cualquier ley vigente. Las personas que puedan recibir los beneficios del programa de Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa

Terminal (ESRD)/insuficiencia renal pueden tener permiso para continuar con su cobertura en virtud de este Acuerdo y seguir recibiendo créditos fiscales para las primas federales si el Marketplace considera que cumplen con los requisitos de elegibilidad.

- La cobertura continua en virtud de este Acuerdo o de cualquier otro producto que Molina esté ofreciendo en el Marketplace en el momento aplicable se proporcionará a una tarifa razonable y no discriminatoria, según lo permitido por la ley vigente, y consistirá en una forma de cobertura que Molina ofrezca en ese momento. Las coberturas continuas, según lo detallado en esta sección "Continuación de la Cobertura", incluirán disposiciones de renovación que no serán menos favorables para el nuevo suscriptor que las incluidas en este Acuerdo.
- Molina proporcionará a cada familiar mayor de 18 años con cobertura, de conformidad con este Acuerdo, una declaración que establece, en resumen, la continuación de las disposiciones de cobertura establecidas en esta sección.
- El familiar cubierto elegible que ejerza la continuación de la cobertura según lo establecido en esta sección debe notificar a Molina y realizar el pago de la prima correspondiente dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que la cobertura bajo este Acuerdo termine, según lo especificado en las disposiciones de terminación de este Acuerdo.
- Los derechos establecidos en esta sección solo pueden ejercerse en la medida permitida por la ley vigente. Por ejemplo, un familiar, cubierto bajo este Acuerdo, o el hijo dependiente de dicha persona, aún debe cumplir con los requisitos de elegibilidad y de inscripción establecidos por el Marketplace, u otras leyes vigentes para la inscripción en los productos del plan de salud, y pueden tener a su disposición la recepción de créditos fiscales asequibles para reducir el costo de dichos productos de acuerdo con la Ley de Atención Médica Asequible.
- Además, dado que la Ley de Atención Médica Asequible pone a disposición del Miembro y de sus Dependientes varias opciones de cobertura médica sobre una base de la emisión garantizada, esta sección solo se aplicará a los Dependientes del Miembro si es necesario que Molina proporcione dicha cobertura en ese momento y de acuerdo con la ley vigente.

Límite de tiempo para ciertas defensas: a la fecha de emisión de este Acuerdo, no se podrán utilizar declaraciones incorrectas, excepto declaraciones erróneas fraudulentas o intencionales, hechas por el Miembro que solicita los beneficios en la solicitud de dicho Acuerdo para anular el Acuerdo o denegar una reclamación por pérdida sufrida o discapacidad (tal como se define en el Acuerdo).

En el caso de que se realice una declaración errónea, que no sea fraudulenta o intencional, en una solicitud, Molina puede tasar de forma prospectiva y cobrar al asegurado la Prima que se le habría cobrado en el momento en que se emitió el Acuerdo si no se hubiera hecho dicha declaración errónea.

Los Derechos de los Padres Con la Custodia: cuando un niño tiene cobertura médica a través de un padre o madre sin la custodia, Molina proporcionará dicha información al padre o madre con la custodia, según sea necesario para que el niño obtenga los beneficios de la cobertura, y permitirá que el padre o madre con custodia, o el proveedor de atención médica con la aprobación del padre o madre con custodia, presente reclamaciones para Servicios Cubiertos sin la aprobación del padre o madre sin custodia. Molina también realizará los pagos por reclamaciones presentadas de conformidad con la ley de New Mexico directamente al padre o madre con custodia, al proveedor de atención médica o a la agencia estatal de Medicaid.

Los Derechos de los Padres Sin Custodia: Molina reconoce los derechos de los Padres Sin Custodia de niños que están cubiertos por una cobertura de seguro de salud de un Padre o Madre con Custodia, a menos que estos derechos se hayan revocado por orden judicial o decreto de divorcio. Los padres Sin la Custodia pueden comunicarse con Molina, obtener y proporcionar la información necesaria, entre la que se incluye información sobre el proveedor de atención médica, información de reclamaciones e información de los beneficios/servicios para el niño.

Miembros Elegibles para Medicaid: Molina pagará al Departamento de Servicios Humanos (“HSD”) de New Mexico cualquier beneficio de indemnización que Molina deba pagar en nombre de un miembro en los siguientes casos:

- El HSD ha pagado o está pagando beneficios en nombre del Miembro bajo el programa estatal de Medicaid, conforme al Título XIX de la Ley Federal de Seguro Social, 42 U.S.C. 1396, y subsiguientes.
- El pago de los servicios en cuestión ha sido realizado por el HSD al proveedor de Medicaid, y
- Se notifica a Molina que el Miembro recibe beneficios bajo el programa de Medicaid y que los beneficios de indemnización pagaderos por Molina se deben pagar directamente al HSD (el aviso puede entregarse como un anexo a la reclamación del HSD por los beneficios de indemnización cuando la reclamación se presenta por primera vez a Molina).
- Ninguna póliza o certificado individual o de salud entregado, emitido para su entrega o renovado en New Mexico a partir de la fecha de vigencia de este acuerdo contendrá ninguna disposición que niegue o limite los beneficios del seguro porque los servicios se prestan a un asegurado que es elegible o que ha recibido asistencia médica bajo el programa Medicaid de este estado.

Miembros Elegibles para Medicare: cada Miembro que tenga derecho a recibir la cobertura de Medicare debe notificar a Molina por escrito.

Programas de Bienestar y Otros Programas: 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.

Todos los miembros elegibles tendrán la oportunidad de ganar una recompensa al completar cualquiera de las siguientes actividades:

- Completar un examen de bienestar de rutina con su proveedor de atención primaria.
- Completar una Evaluación en el hogar (IHA) a través de nuestros proveedores de confianza.
  Notas:
    - Los miembros deben consultar su bandeja de entrada de Molina Healthy Rewards para recibir una notificación por correo electrónico dentro de las ocho a 12 semanas posteriores a su Evaluación en el hogar.

Los miembros deben consultar con su PCP antes de participar. El programa de bienestar es opcional y los beneficios están disponibles sin costo adicional para los miembros elegibles. Las recompensas y los beneficios del programa están disponibles para el canje solo mientras el Suscriptor o el Dependiente elegible estén actualmente inscritos en un Plan de salud del Molina Marketplace. Las recompensas y los beneficios del programa se ofrecen basándose únicamente en la participación; no están influenciados por el estado de salud o los resultados de un individuo. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES DE LOS MIEMBROS
El Procedimiento de Quejas Formales y Apelaciones de Molina Healthcare es supervisado por la Unidad de Quejas Formales y Apelaciones. Su objetivo es resolver los problemas y preocupaciones de los Miembros. Cuando el Miembro lo solicite, Molina proporcionará una copia escrita de Nuestro procedimiento de quejas formales y apelaciones. Molina nunca tomará represalias contra un Miembro de ninguna manera por presentar una apelación o queja formal.

Resumen de los Procedimientos de Quejas Formales sobre Seguros de Salud

Este es un resumen del procedimiento que debe seguir cuando solicita una revisión de una decisión que tomó su aseguradora. En cada paso, se le proporcionará información detallada y formularios de quejas de Molina. Además, puede revisar todas las regulaciones de New Mexico que controlan el proceso en la página web de la **Oficina de Atención**

Médica Administrada, que se encuentra en la pestaña "**Departamentos**" del sitio web de la Oficina del Superintendente de Seguros (OSI): www.osi.state.nm.us. También puede solicitarle una copia a Molina en: MolinaMarketplace.com o a OSI llamando al 1-505-827-4601 o al número de teléfono gratuito 1-855-427-5674 .

Autorización previa

¿Cómo funciona la autorización previa para un servicio de atención médica?
Cuando su aseguradora recibe una solicitud para autorizar con anticipación el pago de un servicio de atención médica (servicio) o una solicitud para reembolsar a su proveedor de atención médica (proveedor) por un servicio que usted ya recibió, sigue un proceso de dos pasos.

Cobertura: en primer lugar, la aseguradora determina si el servicio solicitado está cubierto bajo los términos de su plan de beneficios de salud (póliza). Por ejemplo, si su póliza excluye el pago de la equinoterapia, su aseguradora no aceptará pagar por usted o su hijo, incluso aunque tenga una clara necesidad de esta.

Necesidad médica: a continuación, si la aseguradora encuentra que el servicio solicitado está cubierto por la póliza, deberá determinar, en consulta con un médico, si un servicio solicitado es médicamente necesario. El médico consultor determina la necesidad médica, ya sea después de consultar con especialistas expertos en el área o después de aplicar los estándares uniformes que utiliza la compañía aseguradora. Por ejemplo, si usted tiene una lesión incapacitante en la mano que podría ser corregida por cirugía plástica y también solicita que su aseguradora pague por una cirugía plástica cosmética para tener una nariz más atractiva, su aseguradora puede aprobar su primera solicitud de cirugía de mano pero desaprobar la segunda solicitud debido a la falta de necesidad médica.

Servicios Experimentales o de Investigación: según los términos de su póliza, su aseguradora también podría denegar la autorización si el servicio que usted solicita está fuera del alcance de su póliza. Por ejemplo, si su póliza no cubre procedimientos experimentales y el servicio que usted solicita está clasificado como experimental, la aseguradora puede denegar la autorización. Su aseguradora también podría denegar la autorización si un procedimiento que su proveedor haya solicitado no se reconoce como un tratamiento estándar para su afección médica.

IMPORTANTE: Si su aseguradora determina que no certificará su solicitud de servicios, usted podrá seguir adelante con el tratamiento o procedimiento. **Sin embargo,** será responsable de pagar usted mismo al proveedor por los servicios.

¿Cuánto tiempo tarda la revisión de la autorización previa?
Decisión de autorización previa de plazo estándar: la aseguradora debe tomar una decisión de autorización previa para la mayoría de los beneficios en un plazo de 7 días laborables. Se aplica un plazo de decisión estándar a las solicitudes de certificación de beneficios que no son urgentes. Por ejemplo, una solicitud de certificación de

beneficios estándar puede involucrar atención quirúrgica, como cirugía de reemplazo de cadera de rutina. Una aseguradora debe tomar una decisión inicial sobre una solicitud estándar para una excepción a los requisitos de terapia escalonada o al formulario de medicamentos de una aseguradora dentro de las 24 horas para las solicitudes de atención de urgencia y dentro de 72 horas para la solicitud de atención estándar. Un requisito de terapia escalonada significa probar un medicamento menos costoso antes de pasar a una opción más costosa. Solicitar una excepción a este requisito significa solicitar omitir el medicamento menos costoso. Una solicitud de excepción al formulario de medicamentos significa solicitar cobertura para un medicamento que no está en el formulario.

¿Qué pasa si necesito servicios con prisa?

Situación de Atención de Urgencia: una **situación de atención de urgencia** ocurre cuando se necesita una rápida decisión de la aseguradora por los siguientes motivos: **(1)** la demora pondría en riesgo su vida o su salud; **(2)** la demora pondría en riesgo su capacidad para recuperar la función máxima; **(3)** el médico que conoce su afección médica solicita **razonablemente** una determinación acelerada; **(4)** el médico que conoce su afección médica o de salud conductual considera que la demora lo sometería a un dolor o daño intenso que no se puede manejar de manera adecuada sin la atención o el tratamiento solicitados, o **(5)** las demandas médicas o de salud conductual de su caso requieren una determinación acelerada.

Si se encuentra frente a una situación de atención de urgencia **o** su aseguradora le ha notificado que el pago de un tratamiento en curso que usted recibe será reducido o interrumpido, usted o su proveedor pueden solicitar una determinación acelerada y la aseguradora deberá autorizar o denegar la solicitud inicial rápidamente. La aseguradora debe tomar su decisión inicial de acuerdo con las exigencias médicas del caso, pero dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud de determinación **acelerada**.

IMPORTANTE: Si se enfrenta a una emergencia, debe buscar atención médica de inmediato y, luego, notificar a su aseguradora lo antes posible. La aseguradora lo guiará a través del procedimiento de reclamaciones una vez que haya pasado la emergencia. Una compañía de seguros no puede exigirle que obtenga autorización previa para la atención de emergencia.

¿Cuándo se me notificará que mi solicitud inicial ha sido certificada o denegada?
La compañía de seguros debe notificarle su decisión sobre su solicitud inicial dentro de los plazos del período de certificación inicial enumerados anteriormente. Si la compañía de seguros rechaza su solicitud de certificación, debe informarle sobre su derecho a presentar una apelación.

Resumen de los Procedimientos de Quejas Formales sobre Seguros de Salud
Este es un resumen del procedimiento que debe seguir cuando solicita una revisión de una decisión que tomamos. En cada paso, se le proporcionará información detallada y formularios de quejas apropiados. Además, puede revisar todas las regulaciones de New Mexico que controlan el proceso en la página web de la Oficina de Atención Médica Administrada, que se encuentra en la pestaña "Departamentos" del sitio web de la Oficina del Superintendente de Seguros (OSI) en www.osi.state.nm.us. También puede solicitar una copia a su aseguradora: MolinaMarketplace.com o a OSI llamando al 1-505-827-4601 o a la línea gratuita 1-855-427-5674.

¿Qué tipos de decisiones se pueden apelar?
Usted puede solicitar apelaciones para dos tipos diferentes de decisiones:

Determinación adversa: una determinación adversa por parte de una aseguradora incluye cualquier decisión de denegar o limitar su cobertura en función de la necesidad médica. Esta denegación por necesidad médica puede ocurrir antes del servicio, a través de la denegación de una autorización previa, o después del servicio, cuando una compañía de seguros se niega a pagar una reclamación. Si una compañía de seguros ha determinado de manera adversa que su curso de tratamiento actual que ha sido cubierto anteriormente ya no estará cubierto, la aseguradora debe notificarle *antes* de finalizar o limitar esa cobertura. Este tipo de denegación también puede incluir la negativa a cubrir un servicio para el que, de otro modo, se podrían proporcionar beneficios porque se determina que el servicio es experimental, de investigación o que no es médicamente necesario o apropiado.

Una denegación adversa también puede incluir una decisión del plan de finalizar retroactivamente su cobertura o dejar de ofrecerle cobertura en el futuro en función de su elegibilidad para la cobertura. Por ejemplo, la decisión de una compañía de seguros de dejar de ofrecerle cobertura porque cree que se mudó fuera del estado es una determinación adversa. ***Usted puede solicitar una apelación de cualquier tipo de una determinación adversa.***

Decisión administrativa: usted también puede solicitar una apelación si se opone a la forma en que la aseguradora maneja otros asuntos, como las prácticas administrativas que afectan la disponibilidad, la entrega o la calidad de los servicios de atención médica; el pago de reclamaciones, el manejo o el reembolso de los servicios de atención médica, o si su cobertura se ha terminado.

Cómo Apelar una Decisión o Presentar una Queja Formal

Si se deniega mi solicitud inicial, ¿cómo puedo apelar esta decisión?

Si su solicitud inicial de servicios fue denegada o si no está satisfecho con la forma en que su aseguradora maneja un asunto administrativo, recibirá de su aseguradora una descripción detallada por escrito de los procedimientos para quejas formales, así como formularios e instrucciones detalladas para solicitar una revisión. Puede presentar la solicitud de revisión de manera oral o por escrito, según los términos de su póliza. La aseguradora ofrece representantes que están capacitados para asistirlo con el proceso de solicitud de una revisión. Estas personas pueden ayudarlo a llenar los formularios

necesarios y a recopilar la información que necesita para enviar su solicitud. Para obtener ayuda, comuníquese con la oficina de asistencia al consumidor de la aseguradora según se indica a continuación:

Teléfono: 1 (888) 295-7651 o, si tiene problemas auditivos, puede comunicarse con nuestro TTY al 1 (800) 659-8331
Dirección: P.O. Box 182273, Chattanooga, TN 37422

Siempre comuníquese primero con su compañía de seguros para presentar una apelación o una queja formal y solicite específicamente asistencia para presentar una apelación o una queja formal.

Si la compañía de seguros no responde o si tiene más preguntas sobre sus derechos, puede comunicarse con el equipo de asistencia al consumidor de la Oficina de Atención Médica Administrada del Superintendente de Seguros de New Mexico en:

Teléfono: 1-(505) 827-4601 o gratis al 1-(855) 427-5674
Dirección: Office of Superintendent of Insurance – MHCB
PO Box 1689 Santa Fe, NM 87504-1689 o
1120 Paseo de Peralta, Fourth Floor, Santa Fe, NM 87501
FAX: (505) 827-4253, Attn: MHCB
Correo electrónico: mhcb.grievance@osi.nm.gov

Revisión de una Determinación Adversa
¿Quién puede solicitar una revisión?
Las solicitudes de revisión pueden solicitarlas usted como paciente, su proveedor o alguien que usted escoja para actuar en su nombre. El paciente puede ser el titular real de la póliza o un dependiente que recibe cobertura a través del titular de la póliza. La persona cuyo beneficio médico se niega se denomina **"reclamante".** Si seleccionará a alguien para que actúe en su nombre, como un proveedor, es posible que deba completar un formulario que designe a esa persona como su representante en la apelación.

Apelar una determinación de necesidad médica determinación de cobertura adversas: revisión de primer nivel
Si usted no está satisfecho con la decisión inicial que tomamos, usted tiene el derecho de solicitar que nuestra decisión sea revisada.

¿Cuánto tiempo tengo para decidir si solicito una revisión?
Debe notificarnos que desea solicitar una revisión interna dentro de los **180 días** posteriores a la fecha en la que se le notifique que la solicitud inicial fue denegada.

¿Puedo proporcionar alguna documentación que respalde mi solicitud?
Si solicita que revisemos nuestra decisión, puede pedirnos que le proporcionemos todos sus registros y otra información que consideraremos al revisar su caso. También puede proporcionar información adicional que desee que el Director médico considere, como una declaración o recomendación de su médico, una declaración personal por escrito o publicaciones de estudios clínicos que respalden su solicitud.

¿Cuánto demora una revisión interna de primer nivel?
Revisión acelerada. Si una solicitud de revisión implica una situación de atención de urgencia, la aseguradora debe completar una revisión interna acelerada según lo requieran las exigencias médicas del caso y dentro de las 72 horas a partir de la recepción de la solicitud de revisión interna.

Revisión estándar. Su aseguradora debe completar tanto la revisión del director médico como (si usted también la solicita) la revisión del panel interno de la aseguradora dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud de revisión previa al servicio o en un plazo de 60 días si usted ya recibió el servicio.

El director médico denegó mi solicitud; ¿qué hago ahora?
Si sigue insatisfecho después de la revisión del director médico, puede solicitar una revisión de un panel seleccionado por la aseguradora o puede omitir este paso y solicitar que una IRO designada por el superintendente revise su solicitud.

- Si usted pide que nuestro panel revise su solicitud, entonces tiene derecho a presentarse ante el panel en persona o por teléfono, o a que alguien (incluido su abogado) se presente con usted o en su nombre. Puede presentar la información que desea que el panel considere y hacer preguntas a los miembros del panel. También podemos dirigirnos al panel o enviar una declaración escrita.
- Si decide omitir la revisión del panel, tendrá la oportunidad de presentar su información para que la revise la IRO, pero no podrá presentarse en persona ni por teléfono. La OSI puede ayudarlo con la entrega de la información a la IRO.

I**MPORTANTE:** Si se encuentra amparado por la Ley de Compras de Atención Médica de New Mexico (NM) como empleado público, NO podrá solicitar una revisión por parte de una IRO si decide omitir la revisión del panel.

¿Cuánto tiempo tengo para tomar mi decisión?
Si desea que su solicitud sea revisada por el panel de la aseguradora, debe informar a la aseguradora dentro de los **15 días** después de recibir la decisión del director médico. Si desea omitir la revisión del panel de la aseguradora y que su solicitud vaya directamente a la IRO, debe informar a la OSI de su decisión en un plazo de **4 meses** después de recibir la decisión del director médico.

¿Qué sucede durante la revisión del panel?
Si usted solicita que la aseguradora proporcione un panel para revisar su decisión, la aseguradora programará una audiencia con un grupo de médicos y otros profesionales para revisar la solicitud. Si su solicitud fue denegada porque la aseguradora consideró que los servicios solicitados no eran médicamente necesarios, eran experimentales o estaban en fase de investigación, entonces el panel incluirá al menos un especialista con capacitación o experiencia específica en los servicios solicitados.

La aseguradora se comunicará con usted para informarle acerca de la fecha de la audiencia del panel, de manera que usted pueda organizar su asistencia en persona o por teléfono u organizar para que alguien asista con usted o en su nombre. Puede revisar toda la información que la aseguradora le proporcionará al panel y presentar información adicional que desee que el panel considere. Si asiste a la audiencia en persona o por teléfono, podrá hacerles preguntas a los miembros del panel. Su proveedor médico también puede asistir a la audiencia en persona o por teléfono, dirigirse al panel o enviar una declaración escrita. El panel interno de la aseguradora debe completar su revisión dentro de los 30 días posteriores a su solicitud original de una revisión interna para un pedido de precertificación o dentro de los 60 días posteriores a su solicitud original si usted ya recibió los servicios. Se le notificará en un plazo de 24 horas después de la decisión del panel o antes si es médicamente necesario. Si usted no proporciona los registros u otra información que la aseguradora necesita para completar la revisión, se le dará la oportunidad de proporcionar los elementos que faltan, *pero* el proceso de revisión puede llevar mucho más tiempo y se verá obligado a esperar una decisión.

Sugerencia: Si necesita más tiempo para prepararse para la revisión del panel, puede solicitar que el panel se retrase por un máximo de 30 días.

Si elijo que el panel de la aseguradora revise mi solicitud, ¿puedo solicitar también la revisión de la IRO?
Sí. Si el panel de la aseguradora revisó su solicitud y usted aún no está satisfecho con la decisión, tendrá **4 meses a partir de la fecha de la decisión del panel** para solicitar la revisión de una IRO.

¿Qué es una IRO y cuál es su función?
Una IRO (Organización de Revisión Independiente) es una organización certificada y designada por la OSI para revisar las solicitudes que fueron denegadas por una aseguradora. La IRO emplea a varios profesionales médicos y otros profesionales de todo el país para realizar las revisiones. Una vez que la OSI selecciona y designa una IRO, esta asignará a uno o más profesionales que tengan credenciales específicas que los califiquen para comprender y evaluar los problemas que son particulares de una solicitud. Dependiendo del tipo de problema, la IRO puede asignar un único revisor para que considere la solicitud o puede asignar un panel de revisores. La IRO deberá asignar revisores que no tengan conocimiento previo del caso y que no tengan una asociación cercana con la aseguradora o con usted. El revisor considerará toda la información que proporcionen la aseguradora y usted. (La OSI puede ayudarlo con la entrega de su información a la IRO). Para tomar una decisión, el revisor también puede basarse en otros materiales publicados, como estudios clínicos.

La IRO le informará la decisión final a usted, a su proveedor, a su aseguradora y a la OSI. Su aseguradora deberá cumplir con la decisión de la IRO. Si la IRO determina que se deben prestar los servicios solicitados, entonces la aseguradora deberá proporcionarlos.

Las tarifas de la IRO se facturan directamente a la aseguradora. A usted no se le cobrará por este servicio.

¿Cuánto demora una revisión de la IRO?
La IRO debe completar la revisión e informar su decisión dentro de los 20 días posteriores a la recepción de la información necesaria para la revisión. (Sin embargo, si se solicitó una revisión acelerada con respecto a un asunto de atención de urgencia, la IRO deberá informar su decisión en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de toda la información necesaria para la revisión).

Revisión por el Superintendente de Seguros
Si usted sigue insatisfecho después de la revisión de la IRO, puede que todavía tenga la posibilidad de que el superintendente revise el asunto. Puede enviar su solicitud directamente a la OSI **dentro de los 20 días posteriores a la decisión de la IRO** y, si su caso cumple con ciertos requisitos, se programará una audiencia. Luego, tendrá derecho a presentar información adicional para respaldar su solicitud y podrá optar por asistir y hablar ante la audiencia. También puede pedirles a otras personas que testifiquen en la audiencia. El superintendente puede designar a funcionarios independientes como colaboradores en la audiencia, para que entiendan en la causa y le proporcionen una recomendación.
Los funcionarios colaboradores de la audiencia darán una recomendación al Superintendente dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la audiencia. El Superintendente emitirá entonces la decisión final.

A usted no se le cobrará por la revisión del Superintendente de Seguros; cualquier cargo por los funcionarios de la audiencia se facturará directamente a la aseguradora. Sin embargo, si decide ser representado por un abogado o sus testigos requieren honorarios, usted deberá pagar por estos costos.

Revisión de una Decisión Administrativa

¿Cuánto tiempo tengo para decidir si deseo apelar y cómo comienzo el proceso?
Si usted no está satisfecho con una decisión administrativa inicial de su aseguradora, tiene derecho a solicitar una revisión interna dentro de los **180 días posteriores** a la fecha en la que se le notifique la decisión. La aseguradora le notificará dentro de los 3 días posteriores a la recepción de su solicitud de revisión y revisará el asunto con prontitud. Puede presentar información relevante para que el revisor considere.

¿Cuánto tiempo tarda una revisión interna de una Decisión Administrativa?
La aseguradora le enviará la decisión por correo dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud de revisión de una decisión administrativa.

¿Puedo apelar la decisión del revisor interno?
Sí. Usted tiene **20 días** para solicitar que la aseguradora forme un comité para reconsiderar la decisión administrativa.

¿Cuál es la función del comité de reconsideración? ¿Cuánto tiempo tarda?
Cuando la aseguradora reciba su solicitud, designará a dos o más miembros para formar un comité con el fin de revisar la decisión administrativa. Los miembros del comité deben ser representantes de la empresa que no hayan participado ni en la decisión inicial ni en

la revisión interna. El comité se reunirá para revisar la decisión dentro de los 15 días posteriores a que la aseguradora reciba la solicitud. Se le notificará al menos 5 días antes de la reunión del comité para que pueda proporcionar información o asistir a la audiencia en persona o por teléfono.

Si no puede prepararse para la audiencia del comité dentro del plazo establecido por la aseguradora, puede solicitar que la audiencia del comité se posponga por hasta 30 días. El comité de reconsideración le enviará su decisión dentro de los 7 días posteriores a la audiencia.

¿Cómo puedo solicitar una revisión externa?
Si usted no está satisfecho con la decisión del comité de reconsideración, puede pedirle al Superintendente que revise el asunto dentro de los **20 días posteriores** a la recepción de la decisión escrita de la aseguradora. Puede enviarle la solicitud a la OSI mediante los formularios que proporciona su aseguradora. Los formularios también están disponibles en el sitio web de la OSI, en www.osi.state.nm.us. También puede solicitarlos llamando a la OSI al (505) 827-4601 o al número de teléfono gratuito 1-855-427-5674.

¿Cómo funciona la revisión externa?
Cuando reciba su solicitud, el Superintendente solicitará que tanto usted como la aseguradora presenten información para su consideración. La aseguradora tiene 5 días para proporcionarle la información al Superintendente y una copia para usted. Usted también puede enviar información adicional, incluidos documentos e informes para que revise el Superintendente. El Superintendente revisará toda la información que recibió, tanto de usted como de la aseguradora, y emitirá una decisión final dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud completa de revisión externa. Si usted necesita más tiempo para recopilar información, puede solicitar una prórroga de hasta 90 días. Cualquier extensión causará que el proceso de revisión y decisión tome más tiempo.

Información General
Confidencialidad
Cualquier persona que tenga acceso a sus registros médicos personales durante un proceso de queja formal deberá proteger esta información en conformidad con las leyes y regulaciones estatales y federales sobre la confidencialidad del paciente. De hecho, hasta que usted no firme la autorización pertinente, el proveedor y la aseguradora no podrán divulgar sus registros, ni siquiera a la OSI.

Necesidades especiales y diversidad cultural y lingüística
Cuando se lo solicite, la información sobre los procedimientos de queja formal se facilitará en medios accesibles o en un idioma diferente, conforme a las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables. Llame al número de asistencia al consumidor que se encuentra al reverso de su tarjeta de seguro para obtener asistencia.

El resumen anterior fue proporcionado por la Oficina del Superintendente de Seguros. Esto no es un asesoramiento legal, es posible que usted tenga otros derechos legales que no se mencionan en estos procedimientos.

Costos Compartidos

Información general de Costos Compartidos:

- Todos los costos compartidos (incluidos copagos, deducibles, coseguros o cargos similares) exigidos a las personas cubiertas por la aseguradora de salud o por el plan de atención médica para la prestación de servicios de atención médica serán razonables e incluirán todos los impuestos estatales y federales aplicables.
- Cualquier requisito de costo compartido para el suministro de pruebas, vacunas y servicios de atención médica para el COVID-19 (incluidas las pruebas de detección y los exámenes preventivos de neumonía y gripe, el tratamiento de neumonía como resultado de la infección del COVID-19 y el tratamiento de la gripe cuando se trata de una coinfección por el COVID-19) o para cualquier enfermedad o afección que sea la causa o el objeto de una emergencia de salud pública, es presuntamente irrazonable y está prohibido. A los efectos de esta norma, una emergencia de salud pública existe cuando es declarada por el estado de New Mexico o por el gobierno federal.
- Los requisitos de costo compartido, incluida cualquier variación en los requisitos de contribución según el tipo de servicio de atención médica prestado o el proveedor utilizado, se deben divulgar a las personas cubiertas en los contratos de MHCP, en los materiales de inscripción y en la evidencia de cobertura.
- A ninguna persona cubierta del sexo femenino se le impondrá un requisito de costo compartido más elevado, por sobre aquel requerido para todas las personas cubiertas que deseen atenderse con un médico de atención primaria, por elegir a una mujer proveedora de atención médica como su médico de atención primaria.
- Los servicios de atención médica para cualquier enfermedad o afección para la que se prohíbe el costo compartido en virtud del punto dos de esta sección estarán sujetos a la Ley de Protección contra la Facturación Sorpresa, secciones 59A-57A-1 hasta 13, NMSA 1978 (la “Ley”). Cuando no hay datos disponibles en las bases de datos de referencia de la Ley para un código de facturación en particular, Molina reembolsará en virtud de la Ley al ciento cincuenta por ciento de la tasa de reembolso de Medicare, aplicable al año en que los datos de referencia estén disponibles por primera vez.

Sus Derechos y Responsabilidades
Como miembro cubierto, tiene derecho a lo siguiente:

- Servicios disponibles y accesibles cuando sean médicamente necesarios y, en una HMO, según lo determine el médico de atención primaria o el médico tratante, en consulta con nosotros las 24 horas del día, los 7 días de la semana para servicios de atención de urgencia o emergencia, y para otros servicios de atención médica según lo definido por este plan.
- Ser tratado con cortesía y consideración, y con respeto por su dignidad y necesidad de privacidad.
- Recibir información sobre nuestras políticas y procedimientos con respecto a productos, servicios, proveedores, procedimientos de apelación y otra información sobre los beneficios proporcionados.
- En una HMO, elegir un médico de atención primaria dentro de los límites de los beneficios cubiertos, la red del plan, incluido el derecho a rechazar la atención de profesionales de la salud específicos.
- Recibir de su médico o proveedor, en términos que usted entienda, una explicación de su condición médica completa, tratamiento recomendado, riesgo(s) del tratamiento, resultados esperados y alternativas médicas razonables, independientemente de nuestra posición sobre las opciones de tratamiento. Si no es capaz de comprender la información, la explicación se proporcionará a sus familiares, tutor, agente o sustituto, si está disponible, y se documentará en su historia clínica.
- Todos los derechos otorgados por la ley, norma o reglamento como paciente en un centro de atención médica autorizado, incluido el derecho a rechazar medicamentos y tratamiento después de que las posibles consecuencias de esta decisión se hayan explicado en un lenguaje que usted entienda.
- Notificación inmediata de la terminación o de los cambios en los beneficios, los servicios o la red de proveedores.
- Presentar una queja o apelación ante nosotros o ante el superintendente y recibir una respuesta a esas quejas de acuerdo con la ley vigente.
- Privacidad de los registros médicos y financieros que mantengamos nosotros y nuestros proveedores de atención médica, de acuerdo con la ley vigente.
- Conocer, previa solicitud, cualquier acuerdo o disposición financiera entre nosotros y nuestros proveedores que pueda restringir las opciones de derivación o tratamiento o limitar los servicios que se le ofrecen.
- Acceso adecuado a profesionales de la salud calificados para el tratamiento de los beneficios cubiertos cerca de donde vive o trabaja dentro de nuestra área de servicio.
- En una HMO, y en la medida en que esté disponible, a una atención médica asequible, con límites en los gastos de bolsillo, incluido el derecho a buscar atención de un proveedor no participante, y una explicación de su

responsabilidad financiera cuando los servicios son proporcionados por un proveedor no participante, o proporcionados sin la autorización previa requerida.

- Un ejemplo de la responsabilidad financiera si elige servicios fuera de la red; inclusión de todos los “ejemplos de facturación” proporcionados por el superintendente disponibles en el sitio web de la división.
- Información detallada sobre la cobertura, los beneficios máximos y las exclusiones de afecciones, dolencias o trastornos específicos, incluidos los beneficios de recetas restringidos, y todos los requisitos que debe seguir para la autorización previa y la revisión de la utilización.
- Una explicación completa de por qué se le niega la atención, la oportunidad de apelar la decisión ante nuestra revisión interna, el derecho a una apelación secundaria y el derecho a solicitar la asistencia del superintendente.

COBERTURA DE PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN

Cobertura de medicamentos de profilaxis previa a la exposición al HIV (PrEP) y servicios esenciales de PrEP a los que tiene derecho, y reemplaza cualquier parte de su contrato de seguro con nosotros que proporcione una cobertura menos favorable:

Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP)

Su plan incluye cobertura para medicamentos PrEP, según corresponda para usted, y servicios esenciales relacionados con PrEP sin costo compartido, al igual que cualquier otro medicamento o servicio preventivo. Esto significa que no tiene que hacer un copago, pagar un Coseguro, alcanzar un deducible o pagar de su bolsillo por ninguna parte de los beneficios y servicios enumerados en este resumen si los recibe de un proveedor de la red.

Es posible que se le pida pagar un copago, un Coseguro o un deducible si recibe medicamentos de PrEP o servicios relacionados con la PrEP de un proveedor fuera de la red si el mismo beneficio o servicio está disponible de un proveedor de la red.

¿Qué está Cubierto?

- Al menos un medicamento de PrEP aprobado por la FDA, con acceso oportuno al medicamento de PrEP que es médicamente
- apropiado para el afiliado, según sea necesario.
- Análisis del HIV.
- Pruebas de hepatitis B y C.
- Pruebas de creatinina y depuración de creatina estimada calculada o tasa de filtración glomerular.
- Pruebas de embarazo para personas en edad fértil.
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento.
- Asesoramiento para cumplimiento de toma de medicamentos.
- Visitas al consultorio asociadas con cada servicio preventivo indicado anteriormente.
- Pruebas trimestrales para detectar el HIV y las STI, y anualmente para las funciones renales, necesarias para mantener una receta de PrEP.

Proceso de Quejas formales y Apelaciones
Si se le cobró un costo compartido por la cobertura de medicamentos de PrEP o servicios relacionados con la PrEP a partir del 1.º de enero de 2021, llame a nuestra línea de servicio al cliente al 1 (888) 295-7651. Si se le deniega la cobertura de uno o varios servicios relacionados con la PrEP, le informaremos por escrito de la denegación. Nuestro aviso le explicará por qué denegamos la cobertura y le proporcionará instrucciones para presentar una queja formal si desea impugnar nuestra decisión. Usted, su designado, el médico que receta u otro profesional que receta pueden solicitar una revisión estándar o acelerada de una denegación de cobertura de PrEP al 1 (888) 295-7651.

Proceso de Excepción
Si se le ha denegado la cobertura de un medicamento PrEP, le informaremos por escrito de la denegación. Nuestro aviso le proporcionará instrucciones para presentar una solicitud de excepción si el medicamento más apropiado para sus circunstancias no está incluido en el formulario de medicamentos. Usted, su designado, el médico que receta u otro profesional que receta pueden solicitar una revisión estándar o acelerada de una denegación de cobertura de medicamentos de PrEP al 1 (888) 295-7651.

Revisión Estándar
• Revisaremos su solicitud y emitiremos una determinación para usted, su designado, el médico recetador u otro recetador, dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Revisión Acelerada
• Si padece una afección médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la máxima función, o si está recibiendo un tratamiento actual con un medicamento que no está en el formulario, puede solicitar una revisión acelerada. Revisaremos su solicitud y emitiremos una determinación para usted, su designado, el médico recetador u otro recetador, dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Si se anula nuestra determinación inicial, proporcionaremos cobertura para el medicamento de PrEP o el servicio relacionado con la PrEP que sea médicamente apropiado para usted durante la duración del tratamiento.

Para obtener más información o asistencia con su queja, queja formal o solicitud de excepción, puede comunicarse con la Oficina de Atención Médica Administrada (MHCB) de la Oficina del Superintendente de Seguros al:

Teléfono: 1-(505) 827-4601 o gratis al 1-(855) 427-5674
Dirección: Office of Superintendent of Insurance – MHCB
PO Box 1689 Santa Fe, NM 87504-1689 o
1120 Paseo de Peralta, Fourth Floor, Santa Fe, NM 87501
FAX: (505) 827-4253, Attn: MHCB
Correo electrónico: mhcb.grievance@osi.nm.gov

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

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

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

- Molina Healthcare ofrece adaptaciones razonables y ayudas y servicios apropiados para las personas con discapacidades. Esto incluye los siguiente:(1) Intérpretes calificados. (2) Materiales escritos en otros formatos, como en letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles y braille.

- Molina Healthcare brinda servicios lingüísticos a personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés. Esto incluye lo siguiente:(1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita estos servicios, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al 1-888-295-7651 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora local.

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

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

Civil Rights Unit
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com
Sitio web: MolinaHealthcare.Alertline.com

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

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

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

Notice of Availability – Section 1557
Molina Healthcare of New Mexico - Marketplace

English	For free language assistance services, and auxiliary aids and services, call 1-888-295-7651 (TTY: 711).
Spanish Español	Para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística, así como ayudas y servicios auxiliares, llame al 1-888-295-7651 (TTY: 711).
Navajo Diné	T'áá jiik'eh saad bee áka'aná'awo' bee áka'anída'awo'í, dóó bee ahxił hane'í ádaat'éhígíí dóó bee áka'nída'awo'í biniiyégo, kohjį' hodíilnih 1-888-295-7651 (TYY: 711).
Vietnamese Tiếng Việt	Để sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cũng như các dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm, hãy gọi 1-888-295-7651 (TTY: 711).
German Deutsch	Kostenlose Sprachassistenzdienste, Hilfsmittel und Dienstleistungen erhalten Sie unter 1-888-295-7651 (TTY: 711).
Chinese (Traditional) 中文（台灣繁體）	如需免費的語言協助服務以及輔助裝置和服務，請致電 1-888-295-7651（聽障專線：711）。
Arabic العربية	اتصل عىل الرقم 1-888-295-7651 (الهاتف النص (TTY): 711) لتليق خدمات المساعدة اللغوية المجانية والخدمات والمساعدات الإلضافية.
Korean 한국인	무료 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 원하시면1-888-295-7651 (TTY: 711)로 연락 주시기 바랍니다.
Tagalog	Para sa libreng serbisyo sa tulong sa wika, at mga auxiliary aid at serbisyo, tumawag sa 1-888-295-7651 (TTY: 711).
Japanese 日本語	無料の言語サポートや補助器具・サービスをご希望の方は、1-888-295-7651（TTY: 711）までお電話ください。
French Français	Pour bénéficier de services d'assistance linguistique gratuits, ainsi que de services et aides complémentaires, appelez le 1-888-295-7651 (ATS : 711).
Italian Italiano	Per i servizi di assistenza gratuiti in italiano nonché per supporti e servizi ausiliari, chiamare 1-888-295-7651 (TTY: 711).
Russian Русский	Для получения бесплатных услуг языковой помощи, а также вспомогательных средств и услуг, позвоните: 1-888-295-7651 (телетайп: 711).
Hindi हिंदी	निःशुल्क भाषा सहायता सेवाओं और सहायक ऐड एवं सेवाओं के लिए 1-888-295-7651 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Persian فارسی	برای دریافت خدمات کمک زبانی رایگان، و کمک‌ها و خدمات اضافی با این شماره تماس بگیرید: 1-888-295-7651 (TTY: 711).
Thai ไทย	ความสนใจ:สำหรับบริการช่วยเหลือฟรีด้านภาษาและบริการเสริม โปรดโทร 1-888-295-7651 (TTY: 711).

Molina Healthcare of New Mexico, Inc.
Aviso de Derecho a Queja - Atención de Maternidad Posparto

El Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura (EOC, en inglés) de Molina Healthcare of New Mexico, Inc. ("Molina") le ofrece beneficios para la atención posparto, tal como se especifica en la EOC. Los beneficios de la atención posparto del Miembro se resumen a continuación. Revise la EOC y el Resumen de Beneficios para obtener una descripción completa de los beneficios, incluidos los montos de Costos Compartidos y otros requisitos.

ATENCIÓN DE MATERNIDAD POSPARTO

Molina cubre los siguientes servicios de atención de maternidad posparto:

- Atención en hospital para pacientes internados y atención en el centro de maternidad, incluida la atención de una Partera Certificada, durante 48 horas después de un parto vaginal normal. También incluye atención durante 96 horas después de un parto por cesárea. Las internaciones más largas requieren la Autorización de Molina. Molina consultará con el médico del Miembro. Se aplicarán Costos Compartidos a los Servicios Hospitalarios de Maternidad para Pacientes Internados.

- Si, después de hablar con una Miembro, el médico de la Miembro 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. Cualquier decisión de acortar el periodo de atención para pacientes internados para la madre o el recién nacido debe ser tomada por el Proveedor Participante que asiste. Esta decisión debe tomarse en consulta con la madre y en función de la Necesidad Médica. Si se acorta el periodo de hospitalización, se proporcionarán al menos 3 consultas de atención domiciliaria. La Miembro y su médico pueden estar de acuerdo en que 1 o 2 consultas son suficientes. La atención domiciliaria incluye la educación de los padres, la asistencia y el entrenamiento en lactancia materna y alimentación con biberón, y la administración de cualquier prueba clínica apropiada. Los Costos Compartidos de Atención Médica Preventiva o de Atención Primaria se aplicarán a los servicios posteriores al alta, según corresponda. Se aplicarán los Costos Compartidos de Pruebas de Laboratorio a los servicios de laboratorio.

Si la Miembro cree que no recibió los beneficios de atención de maternidad posparto, tiene el derecho de quejarse ante la Oficina del Superintendente de Seguros de New Mexico. Puede contactarse con el Superintendente a la siguiente dirección:

New Mexico Office of the Superintendent of Insurance
Attn: Managed Health Care Bureau
PO Box 16891120
Paseo de Peralta
Santa Fe, NM 87504-1689
Correo electrónico: mhcb.grievance@state.nm.us
Número Gratuito: (855) 427-5674
Fax: (505) 827-4734

MOLINA HEALTHCARE

Está en familia.

Notificación de No Discriminación
Molina Healthcare

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

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

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

- Ayudas 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 un dominio limitado del inglés.
  - Intérpretes especializados.
  - Material escrito traducido en su idioma.

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

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

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

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

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

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Los formularios de queja están disponibles en https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html Puede enviarlo por correo postal a:

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

O bien puede enviarla al sitio web a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

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

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

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

. تنبه: إذا كنت بحاجة الى مساعدة في لغتك ، فاتصل،بخدمات الأعضاء. الرقم موجود على ظهر بطاقة هوية العضو الخاصة بك |

(Arabic) .(الهاتف النصي711). تتوفر أيضا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات بطريقة برايل والطباعة الكبيرة. هذه الخدمات مجانية

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք Member Services: Համարը գտնվում է Ձեր Member ID քարտի ետևի մասում: (TTY: 711): Առկա են նաեւ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ եւ ծառայություններ, ինչպես բրեյլի եւ մեծ տպաքանակի փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները անվճար են: (Armenian)

ការយកចំនួទុកជាអាក់រនួយនឹងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការរួចជាឯកសារភ្ជាប់អាវទ្រនាប់នឹងព្រីនធំក៏មានផងដែរ.
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការហៅកាសារបស់អ្នកថាសមាជិកសេវាកក្នុងែលមានទីតាំងនៅខាងក្រោយអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក, (TTY: ៧១១), សេវាកម្មទាំងនេះដោយមិនគិតថ្លៃ, (Cambodian)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Idiomas: Inglés, Español, Árabe, Armenio, Camboyano, Chino, Farsi, Hindi, Hmong, Alemán, Japonés, Coreano, Laosiano, Mien, Navajo, Punyabí, Ruso, Tagalo, Tailandés, Ucraniano, Vietnamita

BAA'ÁKOHWIINIDZIN: Diné t'áá haashíí yit'éego bich'į' aníhoot'i'ígíí bá áka'anídaalwo'í dóó bee áka'anída'awo'í, díí naaltsoos bee éédahoziní bik'ih nizhdilniihgo wólta'í dóó nitsaago bee bik'eda'ashchínígíí ałdó' hóló. T'áá nizaadjí bee shiká'adoowoł nínízingo ninaaltsoos ID nitł'isí bine'dę́ ę́ ' biká'ígíí bee Bił Hada'dít'éhí Bika'anída'wo' bich'į' hodíilnih. (TTY: 711). Díí bee áka'anída'awo'í doo bą́ ą́h ilíní da. (Navajo)

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

ВНИМАНИЕ: Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните в службу поддержки. Номер указан на обратной стороне вашей идентификационной карты. (Телетайп: 711).
Также доступны вспомогательные средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Эти услуги бесплатны. (Russian)

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

ความสนใจ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณโทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก หมายเลขจะอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวสมาชิกของคุณ (TTY: 711)
นอกจากนี้ยังมีบริการช่วยเหลือสำหรับคนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และสิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย (Thai)

УВАГА: Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте до служби підтримки. Номер вказано на зворотному боці посвідчення учасника. (ЛТАЙП: 711).
Також доступні допоміжні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, такі як документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Ці послуги безкоштовні. (Ukrainian)

CHÚ Ý: Nếu bạn cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên. Số này nằm ở mặt sau thẻ ID Hội viên của bạn. (TTY: 711).
Hỗ trợ và dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in lớn, cũng có sẵn. Các dịch vụ này là miễn phí. (Vietnamese)

Idiomas: Inglés, Español, Árabe, Armenio, Camboyano, Chino, Farsi, Hindi, Hmong, Alemán, Japonés, Coreano, Laosiano, Mien, Navajo, Punyabí, Ruso, Tagalo, Tailandés, Ucraniano, Vietnamita

Molina Healthcare of New Mexico, Inc.
Aviso para el Miembro Cubierto – Atención de Maternidad Posparto

El Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura (EOC, en inglés) de Molina Healthcare of New Mexico, Inc. ("Molina") le ofrece beneficios para la atención posparto, tal como se especifica en la EOC. Los beneficios de la atención posparto del Miembro se resumen a continuación. Revise la EOC y el Resumen de Beneficios para obtener una descripción completa de los beneficios. Esto incluye los montos de Costos Compartidos y otros requisitos.

ATENCIÓN DE MATERNIDAD POSPARTO

Molina cubre los siguientes servicios de atención de maternidad posparto:

Atención en hospital para pacientes internados y atención en el centro de maternidad, incluida la atención de una Partera Certificada, durante 48 horas después de un parto vaginal normal. También incluye atención durante 96 horas después de un parto por cesárea. Las internaciones más largas requieren la Autorización de Molina. Molina consultará con el médico del Miembro. Se aplicarán Costos Compartidos a los Servicios Hospitalarios de Maternidad para Pacientes Internados.

Si, después de hablar con una Miembro, el médico de la Miembro 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. Cualquier decisión de acortar el periodo de atención para pacientes internados para la madre o el recién nacido debe ser tomada por el Proveedor Participante que asiste. Esta decisión debe tomarse en consulta con la madre y en función de la Necesidad Médica. Si se acorta el periodo de hospitalización, se proporcionarán al menos 3 consultas de atención domiciliaria. La Miembro y su médico pueden estar de acuerdo en que 1 o 2 consultas son suficientes. La atención domiciliaria incluye la educación de los padres, la asistencia y el entrenamiento en lactancia materna y alimentación con biberón, y la administración de cualquier prueba clínica apropiada. Los Costos Compartidos de Atención Médica Preventiva o de Atención Primaria se aplicarán a los servicios posteriores al alta, según corresponda. Se aplicarán los Costos Compartidos de Pruebas de Laboratorio a los servicios de laboratorio.

MOLINA HEALTHCARE

Está en familia.

Notificación de No Discriminación
Molina Healthcare

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

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

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

- Ayudas 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 un dominio limitado del inglés.
  - Intérpretes especializados.
  - Material escrito traducido en su idioma.

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

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

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

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

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

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Los formularios de queja están disponibles en https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html Puede enviarlo por correo postal a:

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

O bien puede enviarla al sitio web a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

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

8/2023 - Global
9784770CORP0218.1

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

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

. تنبه: إذا كنت بحاجة الى مساعدة في لغتك ، فاتصل،بخدمات الأعضاء. الرقم موجود على ظهر بطاقة هوية العضو الخاصة بك |

(Arabic)). الهاتف النصي(711). تتوفر أيضا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات بطريقة برايل والطباعة الكبيرة. هذه الخدمات مجانية

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք Member Services: Համարը գտնվում է Ձեր Member ID քարտի ետևի մասում: (TTY: 711): Առկա են նաեւ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ եւ ծառայություններ, ինչպես բրեյլի եւ մեծ տպաքանակի փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները անվճար են: (Armenian)

ការយកចំនុចកង់ជំនួយនឹងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការរួចជាឯកសារភ្ជាប់អាវទ្រនាប់នឹងព្រឹនជំក៏មានផងដែរ.
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការហៅគាសារបស់អ្នកថាសមាជិកសេវាកក្នុងែលមានទីតាំងនៅខាងក្រោយអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក, (TTY: ៧១១), សេវាកម្មទាំងនេះដោយមិនគិតថ្លៃ, (Cambodian)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Idiomas: Inglés, Español, Árabe, Armenio, Camboyano, Chino, Farsi, Hindi, Hmong, Alemán, Japonés, Coreano, Laosiano, Mien, Navajo, Punyabí, Ruso, Tagalo, Tailandés, Ucraniano, Vietnamita

BAA'ÁKOHWIINIDZIN: Diné t'áá haashíí yit'éego bich'į' aníhoot'i'ígíí bá áka'anídaalwo'í dóó bee áka'anída'awo'í, díí naaltsoos bee éédahoziní bik'ih nizhdilniihgo wólta'í dóó nitsaago bee bik'eda'ashchínígíí ałdó' hóló. T'áá nizaadjí bee shiká'adoowoł nínízingo ninaaltsoos ID nitł'isí bine'dę́ ę́ ' biká'ígíí bee Bił Hada'dít'éhí Bika'anída'wo' bich'į' hodíilnih. (TTY: 711). Díí bee áka'anída'awo'í doo bą́ ą́h ilíní da. (Navajo)

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

ВНИМАНИЕ: Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните в службу поддержки. Номер указан на обратной стороне вашей идентификационной карты. (Телетайп: 711).
Также доступны вспомогательные средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Эти услуги бесплатны. (Russian)

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

ความสนใจ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณโทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก หมายเลขจะอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวสมาชิกของคุณ (TTY: 711)
นอกจากนี้ยังมีบริการช่วยเหลือสำหรับคนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และสิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย (Thai)

УВАГА: Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте до служби підтримки. Номер вказано на зворотному боці посвідчення учасника. (ЛТАЙП: 711).
Також доступні допоміжні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, такі як документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Ці послуги безкоштовні. (Ukrainian)

CHÚ Ý: Nếu bạn cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên. Số này nằm ở mặt sau thẻ ID Hội viên của bạn. (TTY: 711).
Hỗ trợ và dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in lớn, cũng có sẵn. Các dịch vụ này là miễn phí. (Vietnamese)

Idiomas: Inglés, Español, Árabe, Armenio, Camboyano, Chino, Farsi, Hindi, Hmong, Alemán, Japonés, Coreano, Laosiano, Mien, Navajo, Punyabí, Ruso, Tagalo, Tailandés, Ucraniano, Vietnamita