

# Molina Healthcare of New Mexico, Inc. Marketplace

**2024**

Acuerdo y formulario de evidencia  
individual de cobertura

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



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

AVISO DE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS: ESTE ACUERDO NO INCLUYE SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS COMO SE REQUIERE BAJO LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE. ESTA COBERTURA ESTÁ DISPONIBLE EN EL MARKETPLACE DE SEGUROS MÉDICOS. SE PUEDE COMPRAR COMO UN PRODUCTO INDEPENDIENTE. COMUNÍQUESE CON SU COMPAÑÍA DE SEGUROS, AGENTE O CON EL MARKETPLACE FEDERAL DE SEGUROS MÉDICOS FACILITADO SI DESEA COMPRAR COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA O UN PRODUCTO DENTAL INDEPENDIENTE.

**Servicios para planes limitados para indígenas americanos y nativos de Alaska**

- En el caso de planes individuales con cero costos compartidos, los indígenas americanos y nativos de Alaska no tienen costo compartido cuando reciben servicios cubiertos de proveedores participantes.
- En el caso de planes individuales con costo compartido limitado, los indígenas americanos y nativos de Alaska no tienen costos compartidos cuando reciben servicios cubiertos de un proveedor de atención médica indígena o de otro proveedor si tienen una remisión de un proveedor de atención médica indígena. Para obtener más información, visite [MolinaMarketplace.com](https://MolinaMarketplace.com).

**Servicios de intérprete:** Molina ofrece servicios de intérprete para miembros que necesiten ayuda lingüística a la hora de comprender y cobertura médica conforme a este Acuerdo. Molina ofrece estos servicios sin costo adicional para el miembro. Molina proporcionará servicios de interpretación oral y servicios de traducción por escrito de materiales fundamentales para que un miembro comprenda su cobertura para atención médica. Los miembros sordos o con problemas de audición pueden utilizar el servicio de retransmisión de telecomunicaciones llamando al 711.

**Derecho a devolución:** Los suscriptores recién inscritos tienen derecho a devolver este Acuerdo hasta la medianoche del 30.º día desde la fecha en que el suscriptor recibe el Acuerdo, mediante la devolución del Acuerdo a Molina o a un agente de Molina. No es necesario indicar el motivo de la devolución. Molina tratará este Acuerdo como si nunca hubiera sido emitido y devolverá todos los pagos de Prima 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 quiere escuchar lo que piensa el miembro de Molina Healthcare. Molina Healthcare ha formado el Comité de Participación de los miembros para escuchar las preocupaciones del miembro. 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 Miembros, llame a Molina Healthcare al número gratuito 1 (888) 295-7651, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora de la montaña. Si el miembro es sordo o tiene problemas de audición, llame a Molina a la línea gratuita de TTY al 1 (800) 659-8331 o llame al 711 para el Servicio de Telecomunicaciones. ¡Únase hoy al Comité de Participación de Miembros de Molina!

**Cambio de beneficiario:** A menos que el miembro realice una designación irrevocable de beneficiario, el miembro se reserva el derecho a cambiar de beneficiario y no será necesario el consentimiento del beneficiario o de los beneficiarios para la suspensión o asignación de beneficios o reclamos en virtud de esta EOC o para cambios de beneficiario o beneficiarios o para otros cambios en esta EOC. Sin embargo, a menos que Molina Healthcare tenga documentación escrita confiable del beneficiario legal designado de un miembro, Molina se reserva el derecho de pagar reclamos por dinero adeudado, beneficios o Reclamos adeudados según esta EOC solo al suscriptor o miembro correspondiente (según lo determine Molina) y a negarse a honrar asignaciones 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 efectiva, y si dicha fecha cae dentro de un período por el cual Molina acepta la prima, o si Molina acepta una prima después de dicha fecha, la póliza permanecerá vigente sujeto a los derechos de cancelación hasta el final del período por el cual se haya aceptado la prima. En caso de que se haya indicado erróneamente la edad del asegurado y si, de acuerdo con la edad correcta del asegurado, la cobertura proporcionada por la póliza no hubiera entrado en vigencia o hubiera cesado antes de la aceptación de dicha prima o primas, entonces la responsabilidad de la póliza se limitará al reembolso, previa solicitud, de todas las primas pagadas por el período no cubierto por la póliza.

**Tasa de interés devengada:** La tasa de interés devengada se aplica cuando un proveedor no participante no reembolsa al miembro en un plazo de 45 días posteriores a la solicitud de conformidad con la ley estatal.

Servicio	Necesidad	Dónde ir
Servicios de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de una condición médica de emergencia.</li> </ul>	<p><b>Llame al 911</b> 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.</p>
Cómo obtener atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de urgencia <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfermedades leves</li> <li>○ Lesiones menores</li> </ul> </li> <li>• Atención médica virtual</li> <li>• Exámenes físicos y chequeos</li> <li>• Atención médica preventiva</li> <li>• Inmunizaciones (vacunas)</li> </ul>	<p><b>Llame a su médico</b></p> <p><b>Centros de atención de urgencia</b> Encuentre un proveedor o centro de atención de urgencia <a href="http://MolinaHealthcare.com/ProviderSearch">MolinaHealthcare.com/ProviderSearch</a></p> <p><b>Atención médica virtual</b> <a href="http://teladoc.com/molinamarketplace">teladoc.com/molinamarketplace</a> 1-800-TELADOC</p> <p><b>Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas</b> 1 (888) 275-8750 (inglés) 1 (866) 648-3537 (español)</p>
Acceso en línea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar o cambiar a su médico.</li> <li>• Ver los beneficios y el Manual del Miembro.</li> <li>• Ver o imprimir tarjeta de identificación.</li> <li>• Realizar un seguimiento de los reclamos.</li> </ul>	<p><b>Ingrese en MyMolina.com.</b></p> <p><b>Descargue</b> la aplicación Molina Mobile.</p> <p><b>Consulte el Directorio de proveedores</b> <a href="http://MolinaHealthcare.com/ProviderSearch">MolinaHealthcare.com/ProviderSearch</a></p>
Detalles del plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuestas sobre el plan, los programas, los servicios o los medicamentos recetados</li> <li>• Ayuda relacionada con la tarjeta de identificación</li> <li>• Acceso a la atención médica</li> <li>• Atención prenatal</li> <li>• Consultas del niño sano</li> </ul>	<p>Departamento de Servicios para Miembros de Molina 1 (888) 295-7651 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. (hora de la montaña)</p> <p><b>Ingrese en <a href="http://MyMolina.com">MyMolina.com</a></b></p>
Servicios de facturación y pago	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas sobre pago de la prima</li> </ul>	<p>1 (800) 253-0217 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. (hora de la montaña)</p> <p><b>Ingrese en <a href="http://MolinaPayment.com">MolinaPayment.com</a></b></p>
New Mexico Health Insurance Exchange	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas de elegibilidad</li> <li>• Agregar un dependiente</li> <li>• Reportar cambio de domicilio o ingresos</li> </ul>	<p><b>Ingrese en <a href="http://beWellnm.com">beWellnm.com</a></b></p> <p>1-855-427-5674</p>
New Mexico Managed Health Care Bureau Office of Superintendent of Insurance		<p><b>Ir a</b> P.O. Box 1689, Santa Fe, NM 87504-1689 Teléfono: 1 (505) 827-4601 Número gratuito: 1 (855) 427-5674 <a href="http://www.osi.state.nm.us">www.osi.state.nm.us</a></p>

# TABLA DE CONTENIDOS

## CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDOS .....	5
DEFINICIONES.....	8
INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD.....	19
PAGO DE LA PRIMA.....	23
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA .....	24
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN .....	26
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	28
AUTORIZACIÓN PREVIA.....	32
ATENCIÓN Y FACTURAS FUERA DE LA RED .....	42
COSTOS COMPARTIDOS .....	44
SERVICIOS CUBIERTOS.....	44
MEDICAMENTOS CON RECETA.....	77
EXCLUSIONES .....	85
RECLAMACIONES.....	90
AVISOS LEGALES.....	93
PROCEDIMIENTO DE QUEJAS Y APELACIÓN DE MIEMBROS.....	99
RESUMEN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS SOBRE SEGUROS MÉDICOS.....	99

**Emisión de póliza:** Este Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura (también llamado “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, sus enmiendas y cláusulas adicionales, el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) aplicable a este plan, incluso la hoja de tarifas aplicable a este producto, se incorporan en este Acuerdo por referencia y constituyen el contrato legalmente vinculante entre Molina y el suscriptor.

**Totalidad del acuerdo; Cambios:** Esta póliza, incluso los endosos y documentos adjuntos, si los hubiere, constituye la totalidad del acuerdo de seguro. Los cambios en esta póliza no serán válidos hasta que sean aprobados por un funcionario ejecutivo de la compañía de seguros y a menos que dicha aprobación y refrendo estén respaldados o adjuntos al presente. Los agentes no tienen la autoridad necesaria para modificar esta póliza ni para renunciar a 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

## Gracias por elegir a Molina

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

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

Cómo puede obtener servicios a través de Molina, que incluyen los siguientes:

- Cómo obtener el servicio de un intérprete
- Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)
- Hacer una cita.

Los términos y condiciones de cobertura según este Acuerdo.  
Sus beneficios y cobertura como miembro de Molina.

- Revisar el estado de una autorización previa.

La manera de comunicarse con Molina.

Lea este Acuerdo cuidadosamente. En él, encontrará información sobre la amplia gama de necesidades de salud que se cubren y los servicios que se proporcionan. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente en [MolinaMarketplace.com](https://MolinaMarketplace.com) o llamando al 1 (888) 295-7651.

Estamos a su disposición.

Molina Marketplace

## DEFINICIONES

Algunas de las palabras o términos utilizados en este Acuerdo no tienen su significado habitual. Los planes de salud usan estas palabras de una manera especial. Cuando una palabra con significado especial se utiliza en una sola sección de este Acuerdo, se explica dentro de la sección en cuestión. Las palabras con 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 los aspectos de un plan de beneficios de salud que no sean una determinación adversa, que incluyen, entre otros, los siguientes:

Prácticas administrativas de la aseguradora de atención médica que afectan la disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de atención médica. Pago, manejo o reembolso de reclamos por servicios de atención médica, incluso, entre otros, reclamos relacionados con copagos, coseguros y deducibles. Finalización de la cobertura.

**Determinación adversa de beneficios:** Una denegación, reducción o finalización, o la falta de provisión o pago, total o parcial, de un beneficio, incluso aquellos fundamentados en una determinación de elegibilidad, el hecho de no poder cubrir un artículo o servicio para el cual se proporcionan beneficios de otro modo ya que se determina que es experimental, que se encuentra en investigación o que no es médicamente necesario o apropiado, aplicación 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:** La ley integral de reforma de la atención médica, promulgada en marzo de 2010 (en ocasiones conocida como “ACA”, “PPACA” u “Obamacare”).

**Cantidad autorizada:** La porción máxima de un cargo facturado que Molina pagará, incluso responsabilidades de costo compartido de persona cubierta aplicable, por un servicio o artículo de atención médica cubierto brindado por un proveedor participante o por un proveedor no participante. Servicios obtenidos de un proveedor Participante: Esto significa la tarifa contratada para dichos servicios cubiertos.

**Servicios de emergencia y servicios de transporte de emergencia de un proveedor no participante:** El sexagésimo percentil de la tasa de reembolso comercial permitida para el servicio de atención médica particular realizado por un proveedor de la misma especialidad o similar en la misma área geográfica, según lo informado en una base de datos de evaluación comparativa mantenida por una organización sin fines de lucro especificada por el superintendente después de consultar con las partes interesadas del sector de salud; siempre que no se paguen tasas de reembolso de factura sorpresa inferior al ciento cincuenta por ciento de la tasa de reembolso de Medicare de 2017 por el servicio de atención médica aplicable proporcionado.

**Servicios que no son 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 el proveedor no participante y Molina, la cantidad permitida debe ser el sexagésimo percentil de la tasa de reembolso comercial permitida para el servicio de atención médica particular realizado por un proveedor de la misma especialidad o similar en la misma área geográfica, según lo informado en una base de datos de evaluación comparativa especificada por la Oficina del Superintendente de Seguros (OSI, en inglés).

Para todos los demás servicios cubiertos, sin incluir aquellos descritos en la sección “ATENCIÓN Y FACTURAS FUERA DE LA RED” de este acuerdo, proporcionados por un proveedor no participante de conformidad con este Acuerdo: Esto significa el valor más bajo de lo siguiente: la tarifa contratada promedio de Molina para dicho servicio, el 100 % de la tarifa publicada de Medicare por dicho servicio, la tasa usual y habitual de Molina para dicho servicio, o una cantidad negociada acordada por el proveedor no participante y Molina.

**Máximo anual de gastos de bolsillo (también conocido como “OOPM”):** La cantidad máxima de costos compartidos 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 deducibles, copagos o coseguros.**

Los montos que paga por servicios que no son servicios cubiertos en virtud de este Acuerdo no contarán para el OOPM. Nota: los montos 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. Dichos servicios incluyen los siguientes: Servicio de atención médica de emergencia brindado por un proveedor no participante, servicio de atención médica no de emergencia brindado por un proveedor no participante en un centro participante donde la persona cubierta no tenía la capacidad ni la oportunidad de elegir recibir el servicio de un proveedor participante, y servicio de atención médica de emergencia médicamente necesario donde no hay proveedores participantes disponibles para brindar el servicio. Además, los servicios autorizados asociados se aplicarán a su OOPM.

El Resumen de Beneficios y Cobertura puede incluir un monto de OOPM para cada individuo inscrito bajo este Acuerdo y un monto de OOPM 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 a un dependiente en particular, cuando esa persona alcanza el monto de OOPM individual.
- El OOPM familiar se alcanzará cuando los costos compartidos de su familia se sumen hasta el monto OOPM familiar.

Una vez que los costos compartidos totales para el suscriptor o dependiente 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 el costo compartido de dos o más miembros de su familia se sume 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.

**Factura del saldo o Facturación del saldo:** cuando un proveedor emite una factura a un miembro por la diferencia entre el monto del cargo del proveedor y la cantidad autorizada. Un proveedor participante de Molina no puede facturar el saldo a un miembro por los servicios cubiertos.

**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, incluso las interacciones conocidas entre genes y medicamentos para medicamentos que se están considerando usar o que ya se están administrando. El biomarcador incluye mutaciones genéticas, características de genes o expresión de proteínas.

**Pruebas de biomarcadores:** Un análisis del tejido, la sangre u otra muestra biológica de un miembro para detectar la presencia de un biomarcador e incluye pruebas de un solo analito, pruebas de panel múltiple, expresión de proteínas y secuenciación completa del exoma, del genoma completo y del transcriptoma completo.

**Enfermera comadrona certificada:** Persona que esté autorizada por la junta de enfermería como enfermera registrada y que esté autorizada por el Departamento de Salud de New Mexico como enfermera partera certificada.

**Personal de enfermería practicante certificado:** Personal de enfermería registrado cuyas calificaciones están respaldadas por la Junta de Enfermería para la práctica ampliada como personal de enfermería practicante certificado y cuyo nombre e información pertinente se ingresan en la lista de personal de enfermería practicante certificado mantenida por la Junta de Enfermería de New Mexico.

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

**Coseguro:** Es un porcentaje de los cargos por servicios médicos o farmacéuticos cubiertos que el miembro debe pagar cuando recibe ciertos servicios de ese tipo. El monto del coseguro se calcula como un porcentaje de las tasas que Molina ha acordado con el proveedor participante. Si corresponde, los coseguros se indican en el SBC.

**Complicaciones del embarazo:** Una afección debida al embarazo, parto y alumbramiento 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:** un método de costo compartido que requiere que una persona cubierta pague una cantidad fija en dólares cuando recibe un servicio médico o farmacéutico, y Molina paga el saldo permitido. Puede haber diferentes montos de copago para diferentes tipos de servicios en virtud del 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 pagará de su propio bolsillo por los servicios cubiertos. Este término generalmente incluye deducibles, coseguros y copagos, pero no incluye primas, montos de factura de saldo para proveedores no participantes ni el costo de los servicios no cubiertos.

**Servicio cubierto o servicios cubiertos:** Los servicios médicamente necesarios, incluso algunos dispositivos médicos, atención preventiva, equipo y medicamentos recetados, que los miembros son elegibles para recibir de Molina en virtud de este plan.

**Detección citológica:** Una prueba de Papanicolaou o citopatología cervical en base líquida, una prueba de virus del papiloma humano y un examen pélvico 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 cubra esos servicios al copago o coseguro correspondiente. El monto que usted paga por su deducible se basa en las tarifas que Molina Healthcare ha negociado con el proveedor participante. Los deducibles se enumeran en el 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 deducible. Su producto puede tener montos 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 deducible”, significa que si ha cumplido con su deducible, este servicio no tiene costo alguno para usted. Sin embargo, si no ha cumplido con su deducible, tendrá que pagar los servicios hasta que cumpla con el deducible. Los servicios preventivos cubiertos por este Acuerdo se incluyen en los Beneficios Esenciales de Salud, y usted no pagará deducibles 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 miembro de una familia de dos o más miembros, alcanzará el deducible de la siguiente manera:

- Cuando alcance el deducible para el miembro individual.
- Cuando su familia alcance el deducible para la familia.

Por ejemplo, si usted alcanza el deducible para el miembro individual, pagará el copago o coseguro correspondiente para los servicios cubiertos por el resto del año calendario, pero cada uno de los demás miembros 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.

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

**Doctor(es) en Medicina Oriental:** Una persona que es un doctor en medicina oriental con licencia otorgada por la agencia gubernamental correspondiente para practicar la acupuntura y la medicina oriental.

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

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

**Emergencia o afección 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:

- 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
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones, una afección médica de emergencia significa que no hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o que el traslado puede representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o el niño.

**Atención de emergencia:** Un procedimiento, tratamiento o servicio de atención médica, sin incluir el servicio de transporte en ambulancia, cuyo procedimiento, tratamiento o servicio se brinda a una persona cubierta después de la aparición repentina de lo que razonablemente parece ser una afección médica o de salud conductual que se manifiesta mediante síntomas de suficiente gravedad, incluso el dolor intenso, que una persona razonable podría esperar que la ausencia de atención médica inmediata, independientemente del diagnóstico final, pusiera en peligro la salud física o mental de una persona o la salud o seguridad de un feto o de una persona embarazada, graves deterioro de la función corporal, disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo o desfiguración de una persona.

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

**Servicios de emergencia:** Servicios destinados a evaluar, tratar o estabilizar una afección médica de emergencia. Estos servicios pueden prestarse en una sala de emergencias autorizada u otro centro que proporcione tratamiento por afecciones médicas de emergencia.

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

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

**Instalación:** significa una entidad que proporciona un servicio de atención médica, incluso lo siguiente:

- Un hospital general, especializado, psiquiátrico o de rehabilitación.
- Un centro de cirugía ambulatoria.
- Un centro de tratamiento contra el cáncer.
- Un centro de maternidad.
- Un centro de tratamiento de drogas y alcohol para pacientes hospitalizados, ambulatorios o residenciales.
- Un laboratorio, diagnóstico u otro centro de pruebas o evaluaciones médicas para pacientes ambulatorios.
- Un consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica.
- Un centro de atención de urgencia.
- Otro entorno terapéutico de atención médica.

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

**Estándares generalmente reconocidos:** Estándares de atención y práctica clínica establecidos por fuentes fundamentadas en evidencia, incluso pautas de práctica clínica y recomendaciones de asociaciones profesionales de proveedores de atención de salud mental y trastornos por uso de sustancias y agencias gubernamentales federales relevantes, que generalmente son reconocidas por proveedores que ejercen especialidades clínicas relevantes, incluso las siguientes:

- Psiquiatría
- Psicología
- Trabajo social
- Asesoramiento clínico
- Medicina y asesoramiento sobre adicciones
- Asesoramiento familiar y matrimonial

**Organización para el cuidado de la salud:** Un tipo de plan de seguro médico que generalmente requiere que los miembros obtengan servicios cubiertos de médicos que trabajan o tienen contrato con la HMO. Por lo general, no cubrirá la atención fuera de la red, excepto en caso de emergencia. Una HMO puede exigirle que viva o trabaje en su área de servicio para ser elegible para recibir la cobertura. Las HMO suelen brindar atención integrada y se centran en la prevención y el bienestar.

**Hospital:** Un centro que ofrece servicios para pacientes hospitalizados, 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 física, conductual o de rehabilitación.

**Trabajador social independiente:** Una persona autorizada como trabajador social independiente por la junta de examinadores de trabajo social de conformidad con la Ley de Práctica de Trabajo Social (Secciones 61-31-1 a 61-31-24 NMSA 1978).

**Marketplace:** El intercambio estatal, beWellnm.

**Necesidad médica o medicamento necesario:** Servicios de atención médica determinados por un proveedor, en consulta con la compañía de seguro médico, como apropiados o necesarios, de acuerdo con lo siguiente:

- Principios y prácticas de buena atención médica generalmente aceptados y aplicables.
- Directrices de práctica desarrolladas por el gobierno federal, sociedades, juntas y asociaciones médicas nacionales o profesionales.

Protocolos clínicos aplicables o pautas de práctica desarrolladas por la compañía de seguro médico de acuerdo con dichas pautas de práctica federales, nacionales y profesionales. Estos estándares se aplicarán a las decisiones relacionadas con el diagnóstico o la atención y el tratamiento directo de una afección, enfermedad, lesión o dolencia de salud física o conductual.

**Miembro:** Una persona que es elegible y se encuentra inscrita conforme a este Acuerdo, y para quien Molina recibió el primer pago de la prima correspondiente (vinculante). El término incluye un dependiente y un suscriptor, a menos que el suscriptor sea un adulto responsable (el padre o tutor legal) que solicite la cobertura solo para niños en virtud de este Acuerdo en nombre de un niño menor de 21 años. En ese caso, el suscriptor será responsable de realizar los pagos de la prima y del costo compartido para el miembro y actuará como representante legal del miembro conforme a este Acuerdo, pero no será un miembro.

**Servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias:** Servicios profesionales médicamente necesarios, incluso servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios y medicamentos recetados, proporcionados de acuerdo con 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 psiquiátrica estadounidense, incluso el trastorno por uso de sustancias; o servicios de terapia de conversación profesional, proporcionados de acuerdo con estándares de atención generalmente reconocidos, incluso la colocación de un asegurado en un nivel de atención médicamente necesario, proporcionados por un terapeuta matrimonial y familiar con licencia de conformidad con la Ley de Práctica de Terapia y Consejería [Capítulo 61, 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 de Cobertura Individual de Molina Healthcare of New Mexico, Inc.:** Este documento, que contiene información sobre la cobertura de este Plan. También se le llama “Acuerdo”.

**Pautas de práctica clínica reconocidas a nivel nacional:** Unas pautas de práctica clínica fundamentadas en evidencia que:

- Son desarrolladas por organizaciones independientes o sociedades de profesionales médicos mediante una metodología y estructura de informes transparentes y con una política de conflicto de intereses.
- Se utilizan 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 alternativas e incluye 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 órganos, ojos o tejidos.

**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 brindar servicios de atención médica a personas cubiertas con la expectativa de recibir un pago directa o indirectamente del proveedor, sujeto a costos compartidos requeridos por el plan de beneficios de salud. También conocido como proveedor dentro de la red o proveedor contratado.

**Práctica de farmacia:** La evaluación e implementación de una orden legal de un profesional autorizado; la dispensación de recetas; la participación en la selección de medicamentos y dispositivos o en la administración de medicamentos ordenada por un médico autorizado, revisiones de regímenes de medicamentos e investigaciones sobre medicamentos o relacionadas con ellos; la administración o prescripción de medicamentos, dispositivos o suministros peligrosos para tratamientos con medicamentos recetados para afecciones de salud, incluso la diabetes; la prestación de asesoramiento a pacientes y atención farmacéutica; la responsabilidad de preparar y etiquetar medicamentos y dispositivos; el almacenamiento adecuado y seguro de medicamentos y dispositivos; ordenar, realizar e interpretar pruebas autorizadas por la administración federal de alimentos y medicamentos y exentas de conformidad con las Enmiendas federales de mejora de laboratorios clínicos de 1988, según enmiendas; y el mantenimiento de registros adecuados. Un farmacéutico puede solicitar, realizar pruebas, detectar, tratar y brindar servicios preventivos para la gripe, la faringitis estreptocócica, el SARS, las infecciones urinarias, el VIH solo como preparación y una enfermedad sujeta a un PHE activo.

**Asistente médico:** se refiere a una persona capacitada que se graduó de un programa de asistente médico o asistente de cirujano aprobado por una institución reconocida a nivel nacional, con licencia en el estado de New Mexico para ejercer la medicina bajo la supervisión de un médico autorizado.

**Practicantes de las artes curativas:** Se refiere a una persona que posee una licencia o certificado que autoriza al titular de la licencia a ofrecer o comprometerse a diagnosticar, tratar, operar o prescribir dolores, lesiones, enfermedades, deformidades o afecciones físicas o mentales humanas de conformidad con lo siguiente:

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

**Plan:** Cobertura de seguro médico emitida para una persona y sus dependientes, si corresponde, que brinda beneficios para los servicios cubiertos. Según los servicios, se puede aplicar el costo compartido para los miembros.

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

**Proveedor de atención primaria:** Un médico, incluso un MD (médico) o DO. (Doctor en Medicina Osteopática), personal de enfermería practicante certificado, personal de enfermería 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. De conformidad con 13.10.21.7 NMAC, otros profesionales de la salud también pueden brindar atención primaria, como un practicante de artes curativas y un doctor en medicina oriental.

**Previa autorización o precertificación** se refiere a una determinación previa al servicio hecha por Molina con respecto a la elegibilidad de un miembro para recibir servicios de atención médica según la necesidad médica, la cobertura de beneficios de salud y la idoneidad y el lugar de los servicios de conformidad con los términos del plan de beneficios de salud.

La autorización previa no es una garantía de pago por los servicios cuando se descubre que la autorización previa se proporcionó en función de una tergiversación material o un fraude, por parte del proveedor o el miembro, y se denegará la cobertura.

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

**Partera no profesional registrada:** Una persona que practique la partería no profesional y esté registrada como partera no profesional por el Departamento de Salud de New Mexico.

**Rescisión de la cobertura:** Una cancelación o discontinuación de cobertura que tiene efecto retroactivo es una rescisión de cobertura y está prohibida por la ley. Una cancelación o discontinuación de la cobertura no es una rescisión si: la cancelación o discontinuación de la cobertura solo tiene un efecto prospectivo, o la cancelación o discontinuación de la cobertura tiene efecto retroactivo en la medida en que pueda atribuirse al impago de las primas, los prepagos o las contribuciones requeridas del costo de la cobertura.

**Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC):** Un resumen de los beneficios y las exclusiones que se deben brindar 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 vendidos a través del Marketplace, inscribir miembros que obtienen cobertura a través del Marketplace y brindar beneficios a través de planes de salud individuales aprobados vendidos a través del Marketplace. El área de servicio de Molina Healthcare of New Mexico es 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:** Estabilizar significa proporcionar el tratamiento médico de la afección médica de emergencia que sea necesario para asegurar, dentro de una probabilidad médica razonable, que no es probable que se produzca ningún deterioro material de la afección como resultado o durante el traslado del individuo desde una instalación, o con respecto de una mujer embarazada que está teniendo contracciones, para dar a luz (incluso la placenta).

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

**Proyecto de ley sorpresa:**

(1) una factura que un proveedor no participante emite a una persona cubierta por servicios de atención médica prestados en las siguientes circunstancias, 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 servicios hubieran sido proporcionados por un proveedor participante:

- (a) Atención de emergencia proporcionada por el proveedor no participante.
- (b) Servicios de atención médica, que no sean atención de emergencia, prestados por un proveedor no participante en un centro participante donde:

- 1) Un proveedor participante no está disponible.
- 2) Un proveedor no participante presta servicios imprevistos.
- 3) Un proveedor no participante presta servicios para los cuales la persona cubierta no ha dado su consentimiento específico para que ese proveedor no participante preste.

(2) No se refiere a una factura:

(a) Para servicios de atención médica recibidos por una persona cubierta cuando un proveedor participante estaba disponible para brindar los servicios de atención médica y la persona cubierta eligió a sabiendas obtener los servicios de un proveedor no participante sin autorización previa.

(b) Recibida por servicios de atención médica prestados por un proveedor no participante a una persona cubierta cuya cobertura se brinda de conformidad con un plan de proveedor preferido; siempre que los servicios de atención médica no se brinden como atención de emergencia o para servicios prestados de conformidad con el Subpárrafo (b) del Párrafo (1) de este inciso.

**Facturación sorpresa:** Ocurre cuando un miembro recibe una factura de un proveedor no participante que excede su obligación de costo compartido por el servicio cubierto en una de las dos situaciones siguientes:

- Acude a un proveedor no participante para recibir atención de emergencia, sin incluir el transporte en ambulancia; o
- Acude a un proveedor no participante en un centro de atención médica de un proveedor participante y (i) un proveedor participante no está disponible, (ii) un proveedor no participante presta servicios imprevistos o (iii) un proveedor no participante presta servicios para los cuales no dieron consentimiento específico para que ese proveedor no participante preste los servicios particulares prestados.

**Tasa de reembolso de facturas sorpresa:** El sexagésimo percentil de la tasa de reembolso comercial permitida para el servicio de atención médica particular realizado por un proveedor de la misma especialidad o similar en la misma área geográfica, según lo informado en una base de datos de evaluación comparativa mantenida por una organización sin fines de lucro especificada por el superintendente después de consultar con el departamento de salud partes interesadas del sector del cuidado; siempre que no se pague ninguna tasa de reembolso de factura sorpresa inferior al ciento cincuenta por ciento de la tasa de reembolso de Medicare de 2017 por el servicio de atención médica aplicable proporcionado.

**Ley de Protección de Facturación Sorpresa:**

- Las limitaciones de costos compartidos y beneficios para un servicio de atención médica de emergencia brindado por un proveedor no participante serán los mismos que si los brindara un proveedor participante. No se requerirá autorización previa para los servicios de atención médica de emergencia.
- Las limitaciones de costos compartidos y beneficios para un servicio de atención médica que no sea de emergencia y médicamente necesario prestado por un proveedor no participante en un centro participante donde la persona cubierta no tenía la capacidad ni la oportunidad de elegir recibir el servicio de un proveedor participante serán las mismas que si el servicio fuera prestado por un proveedor participante.
- Las limitaciones de costos compartidos y beneficios para un servicio de atención médica que no es de emergencia y médicamente necesario cuando no hay un proveedor participante disponible para brindar el servicio serán las mismas que si el servicio fuera brindado por un proveedor participante.

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

**Situación de atención de urgencia:** Una situación en la que una persona prudente en esa circunstancia, que posee un conocimiento promedio de medicina y salud, creería que no tiene una afección médica de emergencia pero necesita atención urgente debido a lo siguiente:

- De lo contrario, la vida o la salud de la persona cubierta estarían en peligro.
- De lo contrario, se pondría en peligro la capacidad de la persona cubierta para recuperar la función máxima.
- En opinión del médico tratante del miembro, le sometería al miembro a un dolor grave que no se puede controlar adecuadamente sin el cuidado o tratamiento que es el objeto de determinación de beneficio adverso.
- Las exigencias médicas del caso requieren atención acelerada.
- De lo contrario, el reclamo de la persona cubierta implica atención de urgencia.

## INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD

Una persona debe estar inscrita como miembro de este Plan para que los servicios cubiertos estén disponibles. Para inscribirse y convertirse en miembro de este Plan, una persona debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad establecidos por el Marketplace. La persona que cumple con los requisitos de elegibilidad y con los de pago de la prima, y, además, se encuentra inscrita en Molina es el suscriptor de este Plan.

**Período de inscripción abierta:** El Marketplace establecerá un período anual en el cual las personas elegibles podrán presentar una solicitud e inscribirse en un plan de seguro médico para el año siguiente. La inscripción abierta es actualmente el 15 de noviembre hasta el 15 de diciembre. La fecha de vigencia de la cobertura será el 1.º de enero o una fecha determinada por el Marketplace.

**Período especial de inscripción:** Si una persona no se inscribe durante un Período de inscripción abierta, puede hacerlo durante un Período especial de inscripción. Si una persona desea calificar para un Período especial de inscripción, debe haber experimentado ciertos cambios cruciales en su vida establecidos por el Marketplace. La fecha de vigencia de la cobertura de un miembro será determinada por el Marketplace. Para obtener más información sobre la inscripción abierta y los períodos de inscripción especial, visite: [beWellnm.com](http://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 establecido por el Marketplace también pueden solicitar la inscripción de personas elegibles como dependientes. Los Dependientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos por el Marketplace. Los dependientes están sujetos a los

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

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: El hijo(a), niño(a) adoptivo(a), hijastro(a), hijo(a) adoptado(a) o descendiente de cualquiera de ellos(as), como un nieto(a) del miembro. Cada niño es elegible para solicitar la inscripción como Dependiente hasta la edad de 26 años.**
- **Niño con una discapacidad:** Un niño que cumple los 26 años de edad es elegible para continuar siendo un Dependiente si cumple los siguientes criterios de elegibilidad:
  - El niño es incapaz de tener un empleo autosostenible debido a una lesión, enfermedad o afección que genere discapacidad física o mental.
  - El niño de cualquier edad depende, principalmente, del suscriptor para su apoyo y manutención, en el caso de que tenga una discapacidad permanente y total.
  - Un niño puede permanecer cubierto por Molina como Dependiente mientras permanezca incapacitado y siga cumpliendo con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente.
- **Pareja doméstica:** Una persona del mismo sexo o del sexo opuesto que convive y comparte una vida doméstica con el suscriptor pero que no está casada ni unida por unión civil con el suscriptor. La pareja doméstica debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y verificación de socios nacionales establecidos por el Marketplace o la ley estatal.

**Agregar nuevos dependientes:** Una persona puede ser elegible para volverse un dependiente después de que el suscriptor se inscribe en este Plan. Los miembros deben comunicarse con el Marketplace y enviar las solicitudes, los formularios y la información solicitada para el dependiente. La solicitud de un miembro para inscribir a un nuevo dependiente debe presentarse al Marketplace en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que el dependiente se volvió elegible para inscribirse en el plan.

- **Niño extramatrimonial:** Molina Healthcare no negará la inscripción de un niño en virtud de este Acuerdo si el padre o la madre del niño están cubiertos en virtud de este Acuerdo con el argumento de que el niño 1) nació fuera del matrimonio; 2) no se declara como dependiente en la declaración de impuestos federales de los padres; o 3) no reside con los padres o no reside en el área de servicio de Molina.
- **Niños (menores de 26 años):** Los niños pueden agregarse como dependientes si el suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:
  - La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.

- Se convierte en dependiente a través del matrimonio, el nacimiento, la colocación en el cuidado de crianza temporal, adopción, colocación para adopción, manutención de los hijos u otra orden judicial.
- El niño se muda permanentemente al área de servicio.
- **Orden judicial para proporcionar cobertura infantil:** Cuando un padre, una madre o un tutor es requerido por un tribunal o una orden administrativa que proporcione cobertura de salud para un niño y el padre, la madre o el tutor es elegible para la cobertura de salud familiar en virtud de esta EOC, Molina deberá:
  - Permitir que el padre, la madre o el tutor elegible inscriba, en la cobertura familiar en virtud de esta EOC, 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, la madre o el tutor elegible está inscrito pero no hace la solicitud para obtener cobertura para el niño, para inscribir al niño bajo cobertura familiar tras la solicitud del otro padre del niño, la agencia estatal que administra el programa Medicaid o la agencia estatal que administra 42 U.S.C. secciones 651 a 669, el programa de cumplimiento de la manutención de los hijos.
  - Y, no desafiliarse o eliminar la cobertura del niño a menos que Molina reciba pruebas escritas satisfactorias de que: (a) la orden judicial o administrativa ya no está en vigor; o (b) el niño está inscrito o estará inscrito en una cobertura de salud comparable a través de otro asegurador de salud o programa de atención médica que entrará en vigor no más tarde de la fecha efectiva de desinscripción. Sin embargo, en ningún caso Molina Healthcare puede desinscribir o eliminar la cobertura del niño si dicha acción no está permitida por la ley aplicable.
- **Niño para crianza temporal:** Un niño recién adoptado o un niño colocado con Usted o Su Cónyuge para adopción está cubierto a partir de la fecha que sea anterior:
  - La fecha de la colocación en el cuidado de crianza.
  - 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 adoptado o el niño colocado con Usted o Su Cónyuge dentro de 60 días, el niño está cubierto por solo 31 días. Esto incluye la fecha de adopción o colocación para adopción o cuando se obtuvo el derecho legal de controlar la atención médica del niño, lo que ocurra antes. A efectos de este requisito, el “derecho legal a controlar la atención médica” significa que Usted o Su Cónyuge tienen:

- Un documento escrito firmado. Esto puede ser:
- Un informe de liberación menor de las instalaciones de salud.
- Un formulario de autorización médica.
- Un formulario de renuncia.
- Otra evidencia que muestra que usted o su cónyuge obtienen el derecho legal de controlar la atención médica del niño.

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

**Niño recién nacido:** Un niño recién nacido de un suscriptor o cónyuge inscrito es elegible como dependiente a partir de su nacimiento. Un recién nacido está cubierto 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 en un plazo de treinta y un días posteriores al momento del nacimiento para tener la cobertura desde el nacimiento.. Un niño recién nacido es elegible para continuar la inscripción si se inscribió en Molina en un plazo de 60 días.

**Cónyuge:** Se puede agregar a un(a) cónyuge como dependiente si el suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:

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

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Los reclamos de recién nacidos para servicios cubiertos elegibles se procesarán como parte de los reclamos de la madre y montos de deducible o OOPM satisfecho mediante el procesamiento de dichos reclamos de recién nacidos se acumulará como parte del deducible y OOPM de la madre. Sin embargo, si se recibe un expediente de inscripción para el recién nacido durante los primeros 31 días, el recién nacido se agregará como Dependiente a partir de la fecha de nacimiento, y reclamos incurridos por el recién nacido se procesará como parte de los reclamos del recién nacido, y montos de deducible o OOPM satisfecho mediante el procesamiento de estos reclamos se acumulará como parte del deducible o OOPM individual del recién nacido (es decir, no bajo el deducible y OOPM de la madre inscrita).

**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 el que el niño dependiente cumple 26 años, a menos que tenga una discapacidad y cumpla con los criterios especificados (consulte “Niño con una discapacidad”).
- La fecha en que se dicta una sentencia final de divorcio, anulación o disolución del matrimonio entre el cónyuge dependiente y el suscriptor.
- La fecha de finalización de la sentencia de pareja doméstica entre el suscriptor y la pareja doméstica
- En el caso de la cobertura solo para niños, a las 11:59 p. m. (hora de la montaña) del último día del año calendario en el que el miembro 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, el personal de Molina le enviará una notificación por escrito, al menos, 30 días antes de la fecha de vigencia en la que el miembro perderá la elegibilidad. El miembro tiene derecho a apelar la pérdida de elegibilidad con el Marketplace.

## PAGO DE LA PRIMA

Para comenzar y mantener la cobertura bajo este Plan, Molina exige que los miembros realicen pagos mensuales para tal fin, conocidos como pagos de la prima o prima. Los pagos de primas se realizan en su Marketplace.

**Crédito fiscal para primas avanzadas (APTC):** El Crédito fiscal anticipado para la Prima (APTC, en inglés) es el crédito fiscal que un Suscriptor puede tomar por adelantado para reducir su Prima mensual. Molina no determina ni ofrece créditos fiscales, y los suscriptores deben contactarse con Marketplace para determinar si son elegibles. Si el suscriptor es elegible para recibir un crédito fiscal anticipado para la prima, puede utilizar montos del crédito por adelantado para reducir la prima.

**Aviso de pago atrasado:** Si tiene preguntas sobre avisos de pagos atrasados, comuníquese con beWellnm al 1 (833) 862-3935.

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

- **Período de gracia para suscriptores con APTC:** Molina brindará un Período de gracia de tres meses consecutivos al suscriptor y sus dependientes que estén recibiendo pagos de un APTC en el momento en el que no pagan las primas a tiempo. El Período de gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la prima completa. 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 los reclamos por servicios en el segundo y tercer mes del período de gracia; Molina rescindiré este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m. (hora local) del último día del primer mes del período de gracia si Molina no recibe todas las primas vencidas del suscriptor.
- **Período de gracia para suscriptores sin APTC:** Molina brindará un Período de gracia de 31 días consecutivos al suscriptor y sus dependientes que no estén recibiendo pagos de un APTC en el momento en el que no pagan las primas a tiempo. El Período de gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la prima completa. Durante el período de gracia, Molina pagará todos los reclamos correspondientes a los servicios prestados al suscriptor y a sus dependientes. Si no recibe el pago de todas las primas vencidas del suscriptor, Molina dará por terminado este Acuerdo a las 11:59 p. m. (hora local) en el último día del período de gracia.

**Notificación de terminación por falta de pago:** beWellnm enviará una notificación por escrito a un suscriptor informándole cuándo finalizó su cobertura y la de sus dependientes 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](https://MolinaMarketplace.com), consulte la sección

“Reclamaciones y apelaciones” de este Acuerdo o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

**Reinscripción después de la terminación por falta de pago:** Si tiene preguntas, comuníquese con beWellnm al 1 (833) 862-3935.

**Restablecimiento:** Si alguna prima de renovación no se paga dentro del tiempo otorgado al asegurado para el pago, una aceptación posterior de la prima por parte de Molina o de agentes debidamente autorizados por la aseguradora para aceptar dicha prima, sin que se requiera en relación con ello una solicitud de reintegración, restablecerá la póliza; disponiéndose, sin embargo, que si la compañía de seguros o dicho agente requieren una solicitud de reintegración y emiten un recibo condicional por la prima ofrecida, la póliza se reintegrará tras la aprobación de dicha solicitud por parte de la compañía de seguros o, en ausencia de dicha aprobación, en el cuadragésimo quinto posterior 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 reintegrada solo cubrirá las pérdidas resultantes de las lesiones accidentales que puedan mantenerse después de la fecha de la reintegración y la pérdida debido 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 en virtud de este documento que tenían en virtud de la póliza inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la prima por incumplimiento, sujeto a disposiciones respaldadas o adjuntas a esta póliza en relación con la reintegración. 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.

**Renovación de la cobertura:** Si se recibió el pago de todas las primas adeudadas, Molina renovará la cobertura de los miembros el primer día de cada mes. Consulte la sección “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.

## **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 la terminación al miembro, incluso 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, dicho Miembro debe pagar a Molina todos los montos adeudados en relación con su cobertura, incluidas las Primas, correspondientes al período anterior a la fecha de terminación. Excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional, si se cancela la cobertura de un miembro, pagos de prima recibidos en nombre del miembro cancelados aplicables a los períodos posteriores a la fecha de terminación, menos

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

montos adeudados a Molina o sus proveedores por la cobertura de los 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 caso de fraude o tergiversación intencional, Molina puede retener parte de este monto con el fin de recuperar las pérdidas ocasionadas por dicho fraude o tergiversación intencional. Molina podrá dar por terminado el Acuerdo de un Miembro o no renovarlo por cualquiera de las siguientes razones:

**Inelegibilidad para dependientes y niños únicamente debido a la 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.

**Inelegibilidad de miembro:** Un miembro ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura requeridos por el Marketplace y Molina. El Marketplace enviará al miembro una notificación sobre la pérdida de elegibilidad. Además, Molina enviará un aviso de terminación y una notificación por escrito al miembro cuando se le informe que este ya no reside en el área de servicio. La cobertura terminará a las 11:59 p. m. (hora local) del último día del mes posterior al mes en el que se envíen estos avisos al miembro. El Miembro puede solicitar que se anticipe la fecha de terminación de la cobertura.

**Falta de pago de prima:** Si tiene preguntas, comuníquese con beWellnm al 1 (833) 862-3935.

**Fraude o tergiversación intencional:** El Miembro realizó un acto o práctica que constituye un fraude o una tergiversación intencional de hechos materiales en relación con la cobertura. Molina enviará una notificación por escrito de la terminación y la cobertura del miembro finalizará a las 11:59 p. m. (hora local) el día 30 a partir de la fecha de envío de la notificación. Si el miembro ha cometido Fraude o tergiversación intencional, Molina puede no aceptar la inscripción del miembro en el futuro y puede reportar actos delictivos sospechosos a las autoridades.

**Solicitud de cancelación de la inscripción por parte del miembro:** El miembro solicita cancelar la inscripción al Marketplace. El Marketplace determinará la fecha del fin de la cobertura.

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

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

## CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Los miembros que reciben un curso activo de tratamiento para servicios cubiertos de un proveedor participante cuya participación con Molina finaliza.

Cuando Molina rescinda o suspenda un contrato con un proveedor participante, Molina notificará, por escrito, a los miembros cubiertos afectados que sean pacientes actuales del proveedor o, cuando corresponda, estén asignados al proveedor, en un plazo de 30 días. El aviso a los miembros cubiertos les informará sobre su derecho a continuar recibiendo atención del proveedor, tal como se establece en 13.10.23.13 NMAC. Los pacientes actuales son miembros cubiertos que tienen un reclamo con Molina relacionado con los servicios del proveedor durante el último año, o que han recibido una autorización previa antes de la terminación para utilizar los servicios del proveedor en el futuro.

- Molina ayudará a dichos miembros cubiertos afectados a localizar y transferir a otro proveedor igualmente calificado.
- Un miembro cubierto no puede ser considerado financieramente responsable por los servicios recibidos del proveedor de buena fe entre la fecha de vigencia de la suspensión o terminación y la recepción del aviso proporcionado al miembro cubierto, si el miembro cubierto no ha recibido un aviso comparable durante este tiempo por parte del proveedor.

Los miembros que reciben un curso activo de tratamiento para servicios cubiertos de un proveedor participante cuya participación con Molina finaliza sin motivo pueden tener derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos de ese proveedor hasta que se complete el curso activo de tratamiento o durante 90 días, lo que sea más corto, en costos compartidos dentro de la red. Un curso de tratamiento activo es:

- Un Curso de tratamiento activo para una “afección potencialmente mortal” que es una enfermedad o afección con una alta probabilidad de muerte a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección;
- Un curso de tratamiento continuo para una “afección aguda grave”, que es una enfermedad o afección que requiere atención compleja y continua que la persona cubierta está recibiendo actualmente, como quimioterapia, visitas posoperatorias o radioterapia.
- Tratamiento recibido durante el segundo o tercer trimestre del embarazo hasta el período posparto, o un tratamiento recibido en cualquier etapa del embarazo que esté relacionado con un embarazo;
- Tratamientos que se estén recibiendo por una enfermedad terminal.
- Un curso continuo de tratamiento para una condición de salud para la cual un médico tratante o proveedor de atención médica certifica que la interrupción de la atención por parte de ese médico o proveedor de atención médica empeoraría la condición o interferiría con los resultados anticipados.

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

- Una vez que se efectúe exitosamente la transición de la atención médica a un proveedor participante, si el miembro elige realizar la transición de su atención.

- Al finalizar el curso de tratamiento antes del día 90 de continuidad de la atención.
- Al finalizar el día 90 de continuidad de la atención.
- El miembro ha cumplido o superado los límites de beneficios de su plan.
- La atención no es médicamente necesaria.
- La atención está excluida de la cobertura de un miembro.
- Si el miembro ya no reúne los requisitos para la cobertura.

Molina proporcionará servicios cubiertos a costo compartido dentro de la red para el tratamiento de una condición médica solicitada específicamente hasta alcanzar el monto inferior entre la cantidad autorizada de Molina y la tarifa acordada para tales servicios. Si Molina y el proveedor no logran acordar una tarifa, el miembro podrá ser responsable ante el proveedor por cualquier monto facturado que exceda la cantidad autorizada de Molina. Eso se sumaría a cualquier monto de costo compartido dentro de la red que los miembros adeuden conforme a este Acuerdo. Además, los pagos por montos que excedan el monto previamente contratado no se aplicarán al deducible del miembro ni al OOPM.

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

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

**Para pacientes internados:** Con la ayuda del miembro, Molina puede comunicarse con una aseguradora anterior (si corresponde) con el fin de determinar la responsabilidad de tal compañía en el pago de los servicios hospitalarios para pacientes internados hasta el momento del alta, de admisiones de pacientes internados que crucen las fechas de cobertura. Si no hay una transición de la provisión de cuidado a través de la aseguradora anterior del miembro o si este no tenía cobertura a través de una aseguradora en el momento de la admisión, Molina asumiría la responsabilidad de los servicios cubiertos a partir de la fecha de vigencia de la cobertura con Molina, no antes.

## Acceso a la atención médica

**Si tiene una emergencia, llame al 911.** En caso de emergencia, los miembros pueden llamar a una ambulancia o acudir a un centro de emergencia, incluso si es un proveedor no participante o está 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, un miembro debe recibir los servicios cubiertos de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no están cubiertos, el miembro será 100 % responsable del pago al proveedor no participante y los pagos no se aplicarán a su deducible ni a su OOPM. Sin embargo, un miembro puede recibir los servicios cubiertos de un proveedor no participante para lo siguiente:

- Servicios de emergencia
- Servicios posteriores a la estabilización, a menos que el miembro renuncie a las protecciones de facturación del saldo
- Servicios de un proveedor no participante en un centro participante, a menos que el miembro renuncie a las protecciones de facturación del saldo
- Servicios de ambulancia aérea
- Servicios de un proveedor no participante, que están sujetos a autorización previa (incluso 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 proveedor participante”
- Excepciones que se describen a continuación en “Ningún proveedor participante proporcionará un servicio cubierto”
- Excepciones que se detallan en la sección “Continuidad de la atención”
- Excepciones que se detallan en la sección “Transición de la atención”
- 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 atención médica no participante y reembolsarán completamente al profesional de atención médica no participante a la tarifa habitual y razonable o a una tarifa acordada. Antes de que Molina niegue una derivación a un proveedor o profesional de atención médica no participante, la solicitud será revisada por un especialista similar al tipo de especialista a quien se solicita la derivación.

Para localizar un proveedor participante, consulte el directorio de proveedores en [MolinaMarketplace.com/NMGetCare](https://MolinaMarketplace.com/NMGetCare) o llame a Servicios para Miembros para solicitar una copia en papel. Molina proporcionará un aviso semestral por escrito sobre eliminaciones o adiciones a la lista de médicos de atención primaria en el área del miembro y pondrá

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

listas actualizadas más recientes a disposición de los miembros que lo soliciten. 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 autorizada de Molina y la tarifa que ellos cobran, a menos que se apliquen las protecciones de facturación del saldo.

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

**Tarjeta de identificación de 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](http://MyMolina.com) o comuníquese con Servicios para Miembros. Las versiones digitales de la tarjeta de identificación están disponibles a través de [MyMolina.com](http://MyMolina.com) y la aplicación móvil de Molina.

**Derecho del miembro a obtener servicios de atención médica por fuera de la póliza:** Molina no prohíbe a los miembros contratar libremente servicios de atención médica por fuera de este Acuerdo en cualquier momento, conforme a los términos o condiciones que elijan. Sin embargo, los miembros serán 100 % responsables del pago de tales servicios en virtud de este acuerdo y los pagos por dichos servicios no se aplicarán al deducible ni al OOPM. Para conocer las excepciones, los miembros deben revisar la sección servicios cubiertos de este Acuerdo y consultar las protecciones de facturación del saldo aplicables a través de la ley federal y estatal.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** Un proveedor de atención primaria se ocupa de las necesidades habituales y básicas de atención médica. Los PCP proporcionan a los miembros servicios, como exámenes físicos, inmunizaciones o tratamientos de enfermedades o lesiones que no requieren atención médica de urgencia o emergencia. Molina solicita a los miembros que seleccionen un PCP del Directorio de proveedores. Los miembros pueden solicitar el cambio de su PCP en cualquier momento en [MyMolina.com](http://MyMolina.com) o comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros.

Cada familiar puede seleccionar un PCP diferente. Es posible seleccionar a un médico especializado en pediatría como PCP de un niño. Se puede seleccionar a un médico obstetra/ginecólogo como PCP del miembro, sin necesidad de derivaciones. A veces, es posible que un miembro no pueda seleccionar el 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 telemedicina consiste en el uso de las telecomunicaciones y la informática para brindar acceso a la evaluación médica, el diagnóstico, la intervención, la consulta, la supervisión y la información a cualquier distancia. Este servicio incluye tecnologías como teléfonos, máquinas de fax, sistemas de correo electrónico y dispositivos de monitoreo remoto de pacientes, que se utilizan a fin de recolectar y transmitir los datos del paciente para su control e interpretación. Los servicios cubiertos

también se encuentran disponibles a través de la Telesalud, excepto en los casos específicamente determinados en este Acuerdo. Para acceder a estos servicios, no se requiere el contacto en persona con el proveedor; además, el tipo de establecimiento donde se brindan no se encuentra limitado. Molina cubre los servicios prestados adecuadamente a través de telesalud de la misma manera y en la misma medida que Molina cubre el mismo servicio a través de una consulta en persona con el proveedor. Las siguientes disposiciones adicionales se aplican al uso de los servicios de Telesalud:

- Debe obtenerse de un proveedor participante
- Son un método de acceso a los servicios cubiertos, y no un beneficio separado.

**Proveedor no participante para brindar un servicio cubierto:** Si no hay un proveedor participante que pueda brindar un servicio cubierto médicamente necesario que no es de emergencia, Molina brindará dicho servicio a través de un proveedor no participante de la misma manera y sin un costo mayor que el servicio cubierto cuando este lo presta un proveedor participante. En este caso, se requiere autorización previa antes del inicio del servicio de un proveedor no participante.

Un miembro no será responsable del pago de los servicios si un proveedor participante hace una derivación por error a un proveedor no participante, a menos que Molina haya notificado al miembro por escrito sobre el uso del proveedor no participante y le haya informado que Molina no será responsable del pago futuro al proveedor no participante.

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

**Acceso físico:** Se hizo todo lo posible para garantizar que las oficinas de Molina y los consultorios de los proveedores participantes sean accesibles para personas con discapacidades. Los miembros con necesidades especiales deben comunicarse con el 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 TTY 711 para obtener ayuda.

**Acceso para personas con visión disminuida o ciegas:** Este Acuerdo y otros materiales importante sobre el producto estarán disponibles en formatos accesibles para personas con visión deficiente o ciegas: El formato de impresión grande se encuentra disponible. Este Acuerdo también está disponible en formato de audio. Para obtener formatos accesibles o ayuda directa para leer el Acuerdo y otros materiales, llame a Servicios para Miembros.

**Quejas sobre el acceso para personas con discapacidad:** Si un miembro cree que Molina o sus médicos no respondieron a sus necesidades de acceso para personas con discapacidades, puede presentar una queja ante Molina. Consulte la sección

Reclamaciones y apelaciones de este Acuerdo para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación.

## AUTORIZACIÓN PREVIA

### *Requisito de autorización previa*

Ciertos tipos de atención requieren nuestra autorización previa.

- Esto significa que usted o su proveedor deben solicitarnos que aprobemos la atención antes de recibirla.
- Puede encontrar una lista completa y actualizada de los servicios y medicamentos recetados que están sujetos a un requisito de autorización previa en [MolinaMarketplace.com/NMGetCare](https://MolinaMarketplace.com/NMGetCare).

Molina Healthcare of New Mexico, Inc. (“Molina”) puede rechazar el pago por atención no autorizada. Si su proveedor participa y usted no aceptó recibir atención no autorizada, el proveedor no puede facturarle por la atención. Si recibió atención no autorizada de un proveedor no participante, usted podría ser totalmente responsable de las facturas resultantes.

*Molina no requiere autorización previa para lo siguiente:*

- Servicios de emergencia.
- Servicios de anticoncepción que no están sujetos a costos compartidos.
- Una ecografía obstétrica o ginecológica.

*Sin embargo*, Molina requiere autorización para continuar con la atención hospitalaria si a usted lo admiten en un hospital para recibir tratamiento de emergencia, pero su afección está estabilizada. Usted o su proveedor deben notificarnos en las 24 horas posteriores a que comience a recibir tratamiento hospitalario de emergencia y en las 24 horas posteriores a que finalice la emergencia y su afección se estabilice.

### *Proceso de autorización previa*

Su proveedor dentro de la red es responsable de saber qué atención requiere autorización previa y de enviarnos una solicitud de autorización previa.

Molina les brindará a los proveedores acceso a todos los formularios e instrucciones necesarios para realizar la solicitud. Esto incluye la aceptación del formulario uniforme de solicitud de autorización previa desarrollado por el superintendente y que se encuentra en el sitio web del superintendente en [www.osi.state.nm.us](http://www.osi.state.nm.us)

Un proveedor fuera de la red no está obligado a enviar una solicitud de autorización previa por usted. Si visita uno de estos proveedores y ese proveedor no presenta una solicitud de autorización previa, puede presentar una solicitud de autorización previa en su propio nombre o en nombre de un dependiente. Molina le ayudará a obtener los documentos requeridos y le mostrará las pautas que se aplican a la solicitud. Sin embargo, debido a que el proveedor debería poder recopilar la información requerida y enviarla antes, Molina le recomienda que solicite autorización previa siempre que sea posible.

### *Cronogramas de revisión de la autorización previa*

Si Molina no rechaza 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, Molina resolverá la solicitud en un plazo de 24 horas.
- **Medicina no urgente:** si no tiene una necesidad urgente de un medicamento recetado, Molina resolverá la solicitud en un plazo de tres 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 de un proceso de terapia escalonada establecido.
  - Solicita recetar un medicamento que Molina normalmente no cubre.
- **Otras solicitudes:** Molina resolverá todas las demás solicitudes en un plazo de siete (7) días hábiles.

El cumplimiento de estos plazos depende de que recibamos información suficiente para evaluar la solicitud. Molina mantiene un registro de cada solicitud de autorización previa y la documentación asociada; nuestro personal de administración de utilización puede responder preguntas que su proveedor pueda tener sobre la información requerida o aspectos del proceso de envío de solicitudes. Si Molina requiere información adicional para evaluar una solicitud, Molina se la solicitará 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 otros tipos de solicitud.

### *Por qué la revisión de Molina*

Nuestra revisión de una solicitud de autorización previa determinará si la atención propuesta involucra un servicio cubierto, es médicamente necesaria y si se debe buscar un tipo de atención alternativa en lugar de la atención solicitada o antes de ella. Nuestras decisiones relativas 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 adecuado.

La autorización previa no garantiza el pago. Molina no está obligado a pagar por un servicio autorizado si su cobertura finaliza antes de que usted reciba el servicio.

### *Revisión de la atención posterior*

Si recibió atención sin la autorización previa requerida, Molina puede permitir que su proveedor solicite autorización retrospectivamente. Nuestro equipo de gestión de utilización ayudará a su proveedor a presentar una solicitud de autorización retrospectiva. Sin embargo, Molina no autoriza habitualmente la atención de forma retrospectiva. Para evitar incertidumbres, siempre es mejor solicitar autorización previa.

### *Atención de salud conductual*

Las solicitudes de atención de salud conductual y recetas están sujetas a los mismos procesos y plazos de autorización previa y retroactiva que las solicitudes de atención médica y recetas. De acuerdo con la SB273, Molina no puede cambiar retroactivamente una PA para servicios de salud conductual después de prestados, excepto en casos de fraude. Además, Molina no puede exigir PA para atención de salud conductual aguda, episodios agudos de afecciones crónicas de salud conductual o tratamiento inicial por uso de sustancias. Molina no puede cancelar la cobertura sin consultar con el proveedor de salud conductual tratante. No hay autorización previa para medicamentos por uso de sustancias. Sin terapia escalonada para medicamentos de tratamiento por uso de sustancias médicamente necesarios.

### *Denegación de autorización*

Molina le informará por escrito si Molina niega una solicitud de autorización previa o retroactiva. Nuestro aviso le explicará por qué Molina rechazó la solicitud y le brindará instrucciones para impugnar nuestra decisión si no está de acuerdo. Un resumen del proceso de resolución de disputas comienza en la página 1 de este documento. Tiene derecho a solicitar información sobre la orientación que siguió Molina para rechazar la solicitud, incluso si no cuestiona nuestra decisión.

### *Lista de autorizaciones previas*

Molina debe aprobar algunos servicios y medicamentos recetados antes de que estén cubiertos para un miembro. Este proceso se llama autorización previa. Si un servicio requiere autorización previa, un proveedor solicitará autorización a Molina en nombre del miembro. Si Molina no proporciona autorización para un servicio, un miembro puede apelar la decisión. Los siguientes servicios siempre requieren autorización:

- Estancia hospitalaria/ambulatoria (que no sea de emergencia), no relacionados con la salud mental o el uso de sustancias
- Cirugía
- Equipos y suministros médicos
- Imágenes avanzadas y pruebas especializadas
- Terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés)
- Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, en inglés) para el tratamiento del trastorno del espectro autista (TEA)
- Procedimientos cosméticos, plásticos y reconstructivos: No se requiere PA con diagnósticos de cáncer de mama.
- Equipo médico duradero

- Admisiones de pacientes hospitalizados electivos
  - Hospital de agudos
  - Centro de enfermería especializada (SNF)
  - Paciente hospitalizado agudo
  - Instalaciones de cuidados intensivos a largo plazo (LTAC)
- Procedimientos experimentales o de investigación
- Asesoramiento y pruebas genéticas
- Medicamentos administrados por atención médica (esto incluye sitios de servicio como hospitales para pacientes ambulatorios, SNF, centros de infusión, consultorios médicos)
- Servicios de atención médica domiciliaria (incluso PT/OT/ST en el hogar)
- Terapia de oxígeno hiperbárico o para heridas
- Las pruebas psicológicas y neuropsicológicas requerirán de revisión después del tratamiento inicial
- Proveedores/centros no participantes tal como se describe en la sección Acceso a la atención
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Procedimientos en hospitales para pacientes ambulatorios/centros de cirugía ambulatoria (ASC)
- Procedimientos para el manejo del dolor
- Suministros ortóticos
- Radioterapia y radiocirugía
- Estudios del sueño: Excepto estudios de sueño en el hogar (POS 12)
- Trasplantes/Terapia génica, incluso órganos sólidos y médula ósea
- Transporte NEMT
- Servicios de visión, tal como se describe en la sección de Servicios de visión (adultos y pediátricos):

### **Lista de revisión concurrente**

Algunos servicios requieren notificación y un proceso llamado Revisión concurrente. Si un servicio requiere autorización de revisión concurrente, un proveedor solicitará autorización a Molina en nombre del miembro. Si Molina no proporciona autorización para un servicio, un miembro puede apelar la decisión. Los siguientes servicios requieren de revisión concurrente. Para la atención aguda de pacientes internados, Molina coordinará los servicios dentro de las 48 horas y continuará haciendo un seguimiento cada 48 horas.

- Los servicios de salud conductual, salud mental y dependencia de sustancias químicas y alcohol requerirán notificación y revisión simultánea después del inicio del tratamiento de salud mental o trastorno por uso de sustancias dentro de la red.

- Residencial de transición para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias.
- Tratamiento, tratamiento diurno, hospitalización parcial.
- Terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés)
- Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, en inglés) para el tratamiento del trastorno del espectro autista (TEA)

Molina decidirá sobre la autorización de acuerdo con los estándares de atención generalmente reconocidos según lo exigen las leyes estatales y federales para un servicio dentro del plazo establecido en la sección plazos de decisión de autorización y después de recibir la solicitud y toda la información médica necesaria para tomar una decisión. Los proveedores pueden solicitar que Molina acelere el proceso de autorización si el proceso estándar pondría en riesgo la salud del miembro. Molina informará al proveedor sobre la decisión una vez que finalice el proceso de aprobación, dentro del tiempo permitido por la ley estatal y federal. Si Molina no aprueba la solicitud de servicio, se notificará al miembro, incluso los derechos sobre cómo apelar la denegación. Los requisitos de autorización previa para los servicios cubiertos están sujetos a cambios y los miembros deben comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o visitar 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 el acceso a medicamentos que no figuran en el Formulario de Molina se proporcionarán como se describe en las secciones tituladas “Autorización previa”, “Acceso a medicamentos fuera del formulario” o “Solicitar una excepción de este Acuerdo”. Las autorizaciones previas utilizan formularios de autorización previa uniformes para los protocolos de autorización previa de medicamentos recetados según lo exige la ley estatal.

**Necesidad médica:** Las determinaciones sobre las autorizaciones previas y la revisión concurrente se realizan en función de una revisión de la necesidad médica del servicio solicitado. Molina está aquí para ayudar a los miembros durante todo este proceso. Si un miembro tiene preguntas sobre cómo se puede aprobar un determinado servicio, visite [MolinaMarketplace.com](https://MolinaMarketplace.com) o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Molina puede explicarle cómo se toma ese tipo de decisión. El número es 1 (888) 295-7651. Los usuarios de TTY pueden marcar el 711.

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

Molina no aprobará una autorización previa si no se proporciona la información solicitada en relación con la revisión de la dicha autorización. Si una solicitud de servicio no es médicamente necesaria, no será aprobada. Si el servicio solicitado no es un servicio cubierto, no será aprobado. Los miembros recibirán una notificación escrita en la que se les informará el motivo por el que no se aprobó la solicitud de Autorización previa. El miembro, su representante autorizado o su proveedor pueden apelar la decisión. En la carta de denegación, se informa la manera en la que los miembros pueden apelar las decisiones.

Estas instrucciones también se encuentran en la sección Procedimiento de quejas y apelaciones para miembros. Los miembros pueden obtener los criterios de revisión clínica utilizados para determinar la necesidad médica de las solicitudes de autorización comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros.

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

**Revisión de 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.

**Revisión simultánea para pacientes hospitalizados:** Molina realiza revisiones simultáneas en pacientes internados. En el caso de las admisiones que no sean de emergencia, un miembro, su proveedor o el centro que lo admite deberán solicitar una precertificación al menos 14 días antes de la fecha del ingreso programado del miembro. Para la admisión de emergencia, un miembro, su proveedor o el centro que lo admite deben notificar a Molina dentro de las 24 horas después de que se admitió al miembro o tan pronto como sea razonablemente posible. Cuando se trata de servicios médicos que requieren autorización previa para casos que no son emergencias de pacientes ambulatorios e internados, un miembro, su proveedor o el centro que lo admite deben notificar a Molina al menos 14 días antes de que se proporcione la atención médica ambulatoria o se programe el procedimiento. Para la atención aguda de pacientes internados, Molina coordinará los servicios dentro de las 48 horas y continuará haciendo un seguimiento cada 48 horas.

**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 principal. El plan principal debe pagar beneficios de acuerdo con los términos de su póliza sin tener en cuenta la posibilidad de que otro Plan cubra algunos gastos. El Plan que paga después del plan principal es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes no excedan el 100 % del gasto total permitido.

### **Definiciones:**

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

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

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

- B. Este Plan significa, en una disposición de COB, la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica a los que se aplica la disposición de COB y que puede reducirse debido a los beneficios de otros planes. Otras partes del contrato que proporciona beneficios de atención médica están separadas de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición de COB a ciertos beneficios, tales como beneficios dentales, en coordinación solo con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de COB para coordinar otros beneficios.
- C. Las reglas de determinación del orden de los beneficios establecen si este es un Plan principal o un Plan secundario cuando la persona tiene cobertura para atención médica bajo más de un Plan. Cuando este plan es primario, determina el pago de sus beneficios antes de los de cualquier otro plan, sin considerar los beneficios de ningún otro plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro Plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del Plan no superen el 100 % del Gasto permitido total.
- D. El gasto permitido es un gasto de atención médica, que incluye deducibles, coseguros y copagos, que está cubierto, al menos en parte, por un Plan que cubra a la persona. Cuando un Plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un Gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún Plan que cubra a la persona no es un Gasto permitido. 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 tasas habituales y razonables o de la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar y otro Plan que proporciona sus beneficios o servicios sobre la base de las tasas negociadas, el acuerdo de pago del Plan principal será el gasto permitido para todos los Planes. Sin embargo, si el proveedor ha contratado con el Plan secundario para proporcionar el beneficio o el servicio por una tarifa negociada específica o un monto de pago que sea diferente del acuerdo de pago del Plan principal y si el contrato del proveedor lo permite, la tarifa negociada o el pago serán los gastos permitidos que el Plan secundario utilice para determinar sus beneficios.
  5. El monto de las reducciones de beneficios por parte del plan principal porque una persona cubierta no ha cumplido con las disposiciones del plan no es un gasto permitido. Ejemplos de este tipo de disposiciones del plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, precertificaciones de admisiones y contratos de proveedores preferidos.
  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; excluye la cobertura de servicios proporcionados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o remisión por parte de un miembro del panel.
- E. El padre o la madre con custodia es el padre o la madre que recibe la custodia de un niño por medio de un decreto judicial o, en ausencia de este, es el padre o la madre con quien el niño reside más de la mitad del año calendario, excepto visitas provisionales.

**Orden de determinación de beneficios:** Cuando una persona está cubierta por dos o más Planes, las reglas para determinar el orden de pago de beneficios son las siguientes:

- A. El Plan principal paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro Plan.
- B. (1) Excepto lo dispuesto en el párrafo (2), un Plan que no contiene una disposición de coordinación de beneficios que sea consistente con esta regulación es siempre primario a menos que las disposiciones de ambos Planes establezcan que el plan que cumple es primario. (3) 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 otras partes del Plan provistas por el titular del contrato. Ejemplos de estos tipos de situaciones son las principales coberturas médicas que se superponen sobre los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan base, y las coberturas de tipo de seguro que se suscriben en relación con un Plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.
- C. Un Plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro Plan para calcular el pago de sus beneficios solo cuando es secundario a ese otro Plan.
- D. Cada plan determina su orden de beneficios según la primera de las siguientes reglas que se aplica:

(1) No Dependiente o Dependiente. El Plan que cubre a la persona que no sea como dependiente, por ejemplo como empleado, miembro, titular de póliza, suscriptor o jubilado es el plan principal y el Plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al Plan que cubre a la persona como dependiente, y principal al Plan que cubre a la persona como otra categoría que no sea la de dependiente (p. ej., un empleado jubilado), entonces el orden de los beneficios entre los dos Planes se invierte para que el Plan que cubre a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado sea el Plan secundario y el otro, el Plan principal.

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

(a) Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, independientemente de si se han casado o no:

- El Plan del padre cuyo cumpleaños cae antes en el año calendario es el plan principal.
- Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el Plan que ha cubierto al padre o a la madre por más tiempo es el plan principal.

(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 o a la madre con custodia.
- El Plan que cubre al cónyuge del padre o la madre con custodia.
- El Plan que cubre al padre o a la madre sin custodia.
- El Plan que cubre al cónyuge del padre o de la madre 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.

(3) Empleado activo o jubilado, o empleado despedido. El Plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no está despedido ni jubilado, es el Plan principal. El Plan que cubre a esa misma persona como un

empleado retirado o despedido es el Plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado retirado o despedido. Si el otro Plan no tiene esta 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 bajo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.

(5) Mayor o menor duración de cobertura. El Plan que cubrió a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado por más tiempo es el plan Primario y el Plan que cubrió a la persona 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 de modo que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes durante un año del plan no superen el total de gastos permitidos. Este plan como secundario pagará en la medida necesaria para cumplir con las ligaciones como transportistas secundarios en virtud del reglamento que establezca el superintendente, las organizaciones de mantenimiento de la salud deberán realizar pagos por servicios que sean: (1) recibidos de proveedores no participantes; (2) proporcionados fuera de sus áreas de servicio; o (3) no cubiertos en virtud de los términos de este Acuerdo. Al determinar la cantidad a pagar por cualquier reclamo, el Plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura para atención médica y aplicará esa cantidad calculada a cualquier Gasto permitido bajo su Plan que no sea pagado por el Plan principal. El Plan secundario puede, entonces, reducir el monto de su pago de modo que, cuando se combina con el monto pagado por el Plan principal, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes por el reclamo no superen el Gasto permitido total para ese reclamo. 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 motivo, incluso la prestación de servicios por parte de un proveedor fuera del panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, el COB no se aplicará entre ese Plan y otros planes de paneles cerrados.

**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 datos que necesita o entregárselos a otras organizaciones o personas con el fin de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos según este plan y otros

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

planes que cubren a la persona que reclama los beneficios. Molina no necesita informar ni obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclame beneficios bajo este plan debe brindarle a Molina todos los datos que necesita para aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos.

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

**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, podremos recuperar el exceso de una o más de las personas que pagamos o de las que habíamos pagado, o de otras personas u organizaciones que puedan ser responsables de los beneficios o servicios proporcionados por el miembro. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

Si usted cree que no hemos pagado un reclamo correctamente, primero debe intentar resolver el problema al comunicarse con nosotros. Siga los pasos descritos en la sección “Quejas”, a continuación. Si todavía 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](http://www.osi.state.nm.us).

## **ATENCIÓN Y FACTURAS FUERA DE LA RED**

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

### ***Si recibe atención de emergencia fuera de la red, incluso el servicio de ambulancia aérea:***

- Usted solo es responsable de pagar lo que debería por la misma atención de un proveedor o centro dentro de la red.
- NO necesita obtener una autorización previa para servicios de emergencia.
- Su atención puede continuar hasta que su afección 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”) le ayudará a recibir esa atención de un proveedor dentro 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 se encuentra en su plan,*** usted solo es responsable de pagar lo que debería por la misma atención de un proveedor dentro de la red en los siguientes casos:

- No dio su consentimiento para los servicios de un proveedor fuera de la red.
- No se le ofreció el servicio por parte de un proveedor dentro de la red.
- El servicio no estaba disponible a través de un proveedor dentro de la red, según lo determinen su proveedor de atención médica y su compañía de seguro médico.

***Si recibe una factura de un proveedor fuera de la red en alguna de las circunstancias anteriores que usted no cree que se adeude:***

- 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 hemos resuelto el problema en [www.osi.state.nm.us](http://www.osi.state.nm.us) o llame al 1-855-427-5674.

***Para ayudar a detener las facturas indebidas fuera de la red, Molina:***

- Le notificará si su proveedor abandona nuestra red y le permitirá obtener atención de transición con ese proveedor al nivel de beneficio dentro de la red por hasta 90 días, dependiendo de su afección y curso de tratamiento.
- Verificará la exactitud de la información de nuestro directorio de proveedores al menos cada 90 días.
- Confirmará si un proveedor se encuentra 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 para elegir un proveedor, usted solo será responsable de pagar el monto de su costo compartido dentro de la red por la atención recibida de ese proveedor.

***Tiene derecho a recibir notificación de lo siguiente antes de recibir atención fuera de la red en un centro dentro 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 elige recibir atención fuera de la red, será responsable de los cargos fuera de la red que Molina no cubre.
- Una lista de proveedores participantes y la opción de ser derivado a un proveedor que pueda brindar la atención necesaria.

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

- El proveedor le adeudará un reembolso en los 45 días siguientes a la recepción del pago por nuestra parte.
- Si no recibe un reembolso en ese período de 45 días, el proveedor le adeudará el reembolso más los intereses.
- Puede comunicarse con la Oficina del Superintendente de Seguros de New Mexico al [www.osi.state.nm.us](http://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 los 180 días posteriores al vencimiento del período de reembolso de 45 días.

## **COSTOS COMPARTIDOS**

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

Los miembros que reciben servicios cubiertos hospitalarios para el paciente internado o servicios en un centro de enfermería especializada en la fecha de vigencia de este Acuerdo pagan el costo compartido vigente conforme a este Acuerdo a partir de la fecha de vigencia de la cobertura con Molina. En el caso de los elementos pedidos por adelantado, los miembros pagan el costo compartido vigente conforme a este Acuerdo a partir de la fecha de vigencia solo para los servicios cubiertos. El costo compartido de los medicamentos recetados cubiertos se debe pagar en el momento en que la farmacia de la red surta la receta del miembro. Los niveles del formulario y el costo compartido del diseño del plan se describen en la sección “Medicamentos recetados” de este Acuerdo y en el Programa 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 al costo compartido, las exclusiones, las limitaciones, los requisitos de autorización, las aprobaciones y los términos y condiciones de este Acuerdo. Molina solo proporcionará y pagará un servicio cubierto si se cumplen todas las siguientes condiciones:

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

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

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

La cobertura de EHB incluye, al menos, las 10 categorías de beneficios identificadas en la Ley ACA y sus normas federales correspondientes. Los miembros no pueden quedar excluidos de la cobertura en ninguna de las 10 categorías de EHB. Tenga en cuenta que

los miembros no serán elegibles para los EHB pediátricos que son servicios cubiertos conforme a este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m., hora local, del último día del mes en el que cumplen 19 años. Esto incluye la cobertura dental para pacientes pediátricos, que se puede comprar por separado a través de Marketplace, y la cobertura de servicios para el cuidado de la vista de pacientes pediátricos.

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

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

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

**Servicios de acupuntura/acupresión:** Molina cubre los servicios de acupuntura cuando los brindan proveedores participantes con licencia que se determina que son médicamente necesarios y apropiados para el tratamiento de las afecciones del miembro. La acupuntura es un tratamiento mediante la inserción de agujas en el cuerpo para reducir el dolor o inducir anestesia. También se puede utilizar para otros diagnósticos, según lo determine apropiado el proveedor del miembro. Se recomienda que la acupuntura sea parte de un plan de atención coordinado aprobado por el proveedor del miembro. El beneficio de acupuntura/acupresión se limita a 20 visitas por año del plan, a menos que el servicio sea recetado por un proveedor con fines de habilitación o rehabilitación.

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

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

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

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

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

Si un miembro califica, Molina no puede denegarle la participación en un ensayo clínico aprobado. Molina no puede denegar, limitar o poner condiciones en la cobertura de los costos de rutina del paciente asociados a su participación en un ensayo clínico aprobado para el que el miembro califica. No se le negará ningún servicio cubierto ni se excluirá a ningún miembro bajo este Acuerdo por su estado de salud o su participación en un ensayo clínico. El costo de los medicamentos utilizados en el manejo clínico directo del miembro estará cubierto a menos que el ensayo clínico aprobado sea para la investigación de ese medicamento específico. Molina no tiene la obligación de cubrir ciertos elementos y servicios que no son costos rutinarios para el paciente, según lo determina la Ley de Atención Médica Asequible, incluso si el miembro incurre en estos costos mientras participa en un ensayo clínico aprobado. Los costos excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo incluyen:

- El artículo, medicamento, dispositivo o servicio de investigación clínica en sí.
- Artículos y servicios exclusivamente para fines de recopilación y análisis de datos y no para el manejo clínico directo del paciente, y
- Servicios que no se ajusten al estándar de atención establecido para el diagnóstico del paciente.

Todas las aprobaciones y requisitos de autorización previa que se aplican a la atención de rutina para los miembros que no están en un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención de rutina para los miembros en ensayos clínicos aprobados. En el caso de los servicios cubiertos de rutina mientras se participa de un ensayo clínico aprobado, el costo compartido se aplicará igual que si el servicio no estuviera específicamente relacionado con un ensayo clínico aprobado. Los miembros pagarán el costo compartido que pagarían si los servicios no se prestaron durante un ensayo clínico. Los miembros deben comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

**Trastorno del espectro autista (TEA):** Molina cubre los siguientes servicios para el diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro autista:

- Examen de control de bebés y niños sanos para diagnosticar la presencia del trastorno del espectro autista.
- Diagnóstico de autismo.
- El tratamiento del trastorno del espectro autista a través de terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia y análisis conductual aplicado mantiene, restaura y maximiza el funcionamiento del individuo, que puede incluir servicios de naturaleza habilitativa o rehabilitadora.

El tratamiento del espectro autista a ser cubierto en virtud de esta EOC debe ser:

- Medicamento necesario.
- Indicado por un médico que sea un proveedor participante.
- Proporcionado en virtud del plan de tratamiento del proveedor participante.

El plan incluye lo siguiente:

- Diagnóstico
- Tratamiento propuesto por tipos
- Frecuencia y duración del tratamiento
- Resultados previstos expresados como objetivos
- Frecuencia con la que se actualizará el plan de tratamiento
- Firma del médico tratante

Los beneficios para el diagnóstico de trastorno del espectro autista y para los servicios cubiertos en virtud de un plan de tratamiento aprobado deben recibirse de los profesionales de atención médica de los proveedores participantes adecuados.

No cubrimos tratamientos o servicios para el trastorno del espectro autista cuando se reciben según la Ley Federal de Mejora de la Educación para Individuos con Discapacidades de 2004 (IDEA). Tampoco cubrimos tratamientos o servicios en virtud de programas educativos especializados (para niños de 3 a 23 años) que son responsabilidad de las juntas escolares estatales y locales, que incluyen la educación en el hogar.

Para los efectos de esta sección, el término “**Trastorno del espectro autista**” se refiere a una afección que cumple con los criterios de diagnóstico para los trastornos generalizados del desarrollo publicados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, también conocido como DSM-V-TR, edición actual, revisión de texto. Esto lo publica la Asociación Estadounidense de Psiquiatría: “Esto incluye el trastorno autista; trastorno de Asperger; trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera; trastorno de Rett; y trastorno desintegrativo infantil”. Consulte Servicios de salud mental (pacientes hospitalizados y ambulatorios) para obtener más información.

**Cirugía bariátrica (limitada a una de por vida):** Molina cubre la atención hospitalaria relacionada con los procedimientos quirúrgicos bariátricos. Esto incluye sala y tabla, imágenes, laboratorio, procedimientos especiales y servicios médicos de proveedores participantes. Los servicios incluidos son los que se realizan para tratar la obesidad mórbida. El tratamiento significa cambiar el tracto gastrointestinal para reducir la ingesta y absorción de nutrientes, y se deben cumplir todos los siguientes requisitos para recibir estos servicios:

- Índice de masa corporal (IMC) de 35 kg/m<sup>2</sup> o más que tienen un alto riesgo de sufrir una mayor morbilidad debido a afecciones médicas comórbidas específicas relacionadas con la obesidad.

- Completar el programa preparatorio educativo prequirúrgico aprobado por el grupo médico con respecto a los cambios en el estilo de vida. Estos cambios son necesarios para el éxito de la cirugía bariátrica a largo plazo.
- 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.

En el caso de los servicios cubiertos relacionados con la cirugía reconstructiva, el miembro pagará el costo compartido que el miembro pagaría si los servicios cubiertos no estuvieran relacionados con el procedimiento de cirugía bariátrica. Por ejemplo, en el caso de la atención hospitalaria, el miembro pagaría el costo compartido que figura en el apartado “Servicios hospitalarios para pacientes internados” del SBC de Molina Healthcare of New Mexico, Inc.

Molina cubrirá evaluaciones dietéticas y asesoramiento para el control médico de la obesidad mórbida y la obesidad. También están cubiertos los medicamentos recetados médicamente necesarios para el tratamiento de la obesidad y la obesidad mórbida.

**Servicios de biomarcadores:** Molina cubre pruebas de biomarcadores con fines de diagnóstico, tratamiento, control adecuado o supervisión continua de la enfermedad o afección de un miembro cuando la prueba está respaldada por evidencia médica y científica, que incluye lo siguiente:

- Indicaciones etiquetadas para una prueba aprobada o autorizada por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos.
- Pruebas indicadas para un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos.
- Advertencias y precauciones en las etiquetas de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos.
- Determinaciones de cobertura nacional de centros federales para Medicare y servicios de 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, incluso la cobertura para múltiples biopsias o 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 beneficio por parte de Molina. Consulte la sección Procedimiento de quejas y apelaciones de miembros en este acuerdo para obtener más detalles sobre las apelaciones. Se aplica el costo compartido de imágenes.

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

- Las pruebas y los exámenes de cáncer preventivos (consulte la sección “Servicios médicos preventivos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Las pruebas de diagnóstico, laboratorio y procedimientos

- La evaluación dental, las radiografías, el tratamiento con fluoruro y las extracciones necesarias a fin de preparar la mandíbula del miembro para la radioterapia contra el cáncer y otras enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello.
- Mastectomías (extirpación de la mama) y disecciones de los ganglios linfáticos (no menos de 48 horas de atención hospitalaria después de una mastectomía y 24 horas de atención hospitalaria 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).
- Medicamentos recetados para tratar 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 de edad)

**Servicios quiroprácticos:** Los servicios quiroprácticos están disponibles para afecciones médicas específicas y no están disponibles para terapia de mantenimiento, como ajustes de rutina; los servicios se ofrecen a un costo compartido del PCP. Los servicios quiroprácticos están sujetos a lo siguiente:

- El profesional/proveedor determina de antemano que se puede esperar que el tratamiento quiropráctico produzca una mejora considerable en la afección del miembro 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 con ultrasonido.
- La subluxación debe documentarse mediante un examen quiropráctico y documentarse en el registro quiropráctico. Molina no requerirá demostración radiológica (rayos X) de subluxación del tratamiento quiropráctico.
- La biorretroalimentación solo está cubierta para el tratamiento de la enfermedad o fenómeno de Raynaud y la incontinencia urinaria o fecal.

Límite de 20 consultas por año calendario, a menos que esté asociado a servicios de rehabilitación y de recuperación de las habilidades.

**Circuncisión de varones recién nacidos:** Circuncisión de varones recién nacidos, ya sea que el niño sea el hijo natural, el hijo adoptado o el hijo adoptivo recién nacido del miembro.

**Cobertura de servicios de salud específicos para cada sexo y servicios médicamente necesarios para personas transgénero:** Para las personas transgénero, los servicios preventivos no estarán limitados según el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado. Este Plan no niega ni limita la cobertura, ni niega ni limita la cobertura de un reclamo, ni impone costos compartidos adicionales u otras limitaciones o restricciones a la cobertura, para servicios de salud que estén ordinaria o exclusivamente disponibles para personas de un sexo, para una persona transgénero con base en el hecho de que el sexo asignado a un individuo al nacer, su

identidad de género o su género registrado de otro modo es diferente de aquel para el cual dichos servicios de salud están ordinaria o exclusivamente disponibles Molina cubre todos los beneficios y servicios médicamente necesarios descritos en este Acuerdo, que incluyen el afeitado traqueal médicamente necesario para la atención de afirmación de género y el tratamiento de la disforia de género.

**Servicios dentales y de ortodoncia:** Los servicios dentales y de ortodoncia proporcionados en virtud de este Acuerdo deben contar con Autorización previa y se limitan a lo siguiente:

- Lesión accidental a dientes naturales sanos, mandíbulas o tejido circundante. Las lesiones dentales causadas por masticar, morder o maloclusión no se consideran lesiones accidentales y no estarán cubiertas.
- 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 o quistes que requieren el examen de mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar y suelo de la boca.
- La hospitalización, la cirugía ambulatoria, los servicios ambulatorios o la anestesia para servicios dentales no cubiertos están cubiertos, si se brindan en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio para cirugía dental. Para miembros que presentan afecciones físicas, intelectuales o médicamente comprometedoras para las cuales no se puede esperar que el tratamiento dental bajo anestesia local, con o sin técnicas y modalidades complementarias adicionales, proporcione un resultado exitoso y para los cuales se puede esperar que el tratamiento dental bajo anestesia general produzca resultados superiores.
- Para miembros para quienes la anestesia local es ineficaz debido a una infección aguda, variación anatómica o alergia.
- Para niños o adolescentes dependientes cubiertos que se muestran extremadamente poco cooperativos, temerosos, ansiosos o poco comunicativos con necesidades dentales de tal magnitud que el tratamiento no debe posponerse ni diferirse y para quienes se puede esperar que la falta de tratamiento resulte en dolor o infección dental u oral, pérdida de dientes u otro aumento de la morbilidad bucal o dental.
- Para miembros con un trauma oral-facial o dental extenso para el cual el tratamiento bajo anestesia local sería ineficaz o comprometido.
- Para otros procedimientos para los cuales la hospitalización o anestesia general en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio es médicamente necesaria.
- Cirugía bucal que es médicamente necesaria para tratar infecciones o abscesos de los dientes que afectan la fascia o se han extendido más allá del espacio dental.
- Servicios de odontología pediátrica, incluso chequeos de rutina, atención dental importante y ortodoncia. Ver documentos adjuntos.
- Extracción de dientes infectados en preparación para un trasplante de órganos, cirugía de reemplazo de articulaciones o radioterapia de cabeza y cuello.

Consulte la sección de Trastornos de la articulación temporo/craneomandibular (TMJ/CMJ, en inglés) para ver los beneficios para Trastornos de la articulación temporo/craneomandibular (TMJ/CMJ) *Molina no proporciona servicios dentales para pacientes pediátricos en virtud de este Acuerdo.*

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

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

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

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

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

- Los servicios son proporcionados por un proveedor participante.
- El miembro cumple con todos los criterios de necesidad médica desarrollados por Molina.

**Equipo médico duradero:** Este plan cubre equipos que cumplen con los siguientes estándares: Equipo que es médicamente necesario para el tratamiento de una enfermedad causada por una lesión accidental o para evitar un mayor deterioro. El equipo debe estar diseñado para uso repetido, incluso equipos de oxígeno, sillas de ruedas funcionales y muletas. Equipo que se considera estándar o básico según lo definido por directrices reconocidas a nivel nacional.

Aparatos ortopédicos cubiertos que incluyen los siguientes:

- Aparatos podológicos para la prevención de complicaciones de los pies asociadas con la diabetes.
- Dispositivos ortopédicos y otros dispositivos externos utilizados para corregir una función corporal, como la deformidad del pie zambo.

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

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

**Dispositivos protésicos cubiertos:** Los dispositivos protésicos son dispositivos artificiales que reemplazan o aumentan una parte del cuerpo faltante o deteriorada. La compra, la colocación y los ajustes necesarios de dispositivos y suministros protésicos que reemplazan total o parcialmente la función de una parte del cuerpo permanentemente inoperante o que funciona mal están cubiertos cuando reemplazan una extremidad u otra parte del cuerpo, después de una extirpación accidental o quirúrgica o cuando el crecimiento del cuerpo requiere reemplazo.

Los ejemplos de dispositivos protésicos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Prótesis mamarias cuando sean necesarias debido a mastectomía y mastectomía profiláctica.
- Prótesis relacionadas con otros servicios médicamente necesarios relacionados con la atención de afirmación de género y el tratamiento de la disforia de género.
- Extremidades artificiales
- Ojo protésico
- Aparatos prostodónticos
- Prótesis craneal
- Reemplazos de articulaciones
- Marcapasos
- Tubos de traqueotomía e implantes cocleares

La reparación y el reemplazo de equipos médicos duraderos, prótesis y dispositivos ortopédicos deben cumplir con la ley estatal. La reparación y el reemplazo están cubiertos cuando sean médicamente necesarios debido a un cambio en la afección del miembro, al desgaste o después de que se haya alcanzado la esperanza de vida normal del producto. El alquiler de una silla de ruedas durante un mes está cubierto si el miembro es propietario de la silla de ruedas que se está reparando.

**Necesidad médica y estándares de no discriminación para la cobertura de prótesis y aparatos ortopédicos:** Molina brinda cobertura para dispositivos protésicos iniciales y secundarios y aparatos ortopédicos personalizados de manera no discriminatoria y sin restricciones en función de los límites de utilización predeterminados, al mismo nivel y costo compartido que la cobertura brindada para beneficios médicos y quirúrgicos. Los dispositivos protésicos y ortopédicos personalizados se consideran beneficios de salud esenciales de habilitación y rehabilitación y no están sujetos a requisitos financieros separados ni restricciones de utilización. 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 las actividades de la vida diaria o actividades esenciales relacionadas con el trabajo y satisfacer las necesidades médicas de actividades físicas tales como, entre otras, correr, andar en bicicleta, nadar y hacer entrenamiento de fuerza.
- Todos los servicios, incluso el diseño, la fabricación y la reparación.
- Reemplazo, sin tener en cuenta las restricciones razonables de vida útil, incluso el reemplazo necesario debido a un cambio en la afección del paciente o en la condición del dispositivo si el reemplazo del dispositivo requiere reparaciones que cuesten más del 60 % del costo de reemplazo.
- Acceso a prótesis y dispositivos ortopédicos personalizados de al menos dos proveedores de dispositivos distintos dentro de la red.

Las decisiones de gestión de utilización relacionadas con la cobertura de prótesis u dispositivos ortopédicos personalizados se aplicarán de manera no discriminatoria mediante la versión más reciente del tratamiento en función de la evidencia y los criterios de ajuste reconocidos por los especialistas clínicos relevantes o sus organizaciones. No se negarán beneficios protésicos y ortopédicos personalizados a una persona con pérdida o ausencia de una extremidad que, de otro modo, estarían cubiertos para una persona no discapacitada que busca una intervención médica o quirúrgica para restaurar o mantener la capacidad de realizar las mismas funciones diarias y actividad física. Sin embargo, no se brindará cobertura para dispositivos protésicos y aparatos ortopédicos personalizados cuando se requiera únicamente por comodidad o conveniencia.

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

Las **medias de compresión degradada** están cubiertas para lo siguiente:

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

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

- Los lentes de contacto están cubiertos para la corrección de la afaquia (aquellos que no tienen lentes en el ojo), queratocono o afecciones relacionadas con el IEM. Esto incluye el examen de refracción ocular.
- Un par de anteojos estándar (sin color) (o lentes de contacto si son médicamente necesarios) está cubierto en los 12 meses posteriores a la cirugía de cataratas o cuando está relacionado con un error genético congénito del metabolismo. Esto incluye examen de refracción ocular, lentes y monturas estándar.

**Servicios de emergencia:** Los Servicios de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los miembros. Los miembros que creen que están teniendo una emergencia deben llamar al 911 de inmediato y acudir al centro de emergencias más cercano. Al recibir los servicios de emergencia, los miembros deben presentar su tarjeta de identificación del miembro. Los miembros que no creen que necesitan servicios de emergencia, pero que necesitan ayuda médica, deben llamar a la Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas o comunicarse con su PCP.

**Servicios de emergencia cuando está 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 creen que tienen una emergencia. Comuníquese con Servicios para Miembros en las 24 horas o lo antes posible 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 al costo compartido para los servicios de emergencia en Resumen de Beneficios y Cobertura. Los miembros no están sujetos a la facturación del saldo para servicios de emergencia.

**Importante:** Salvo que la ley estatal exija lo contrario, cuando proveedores no participantes presten servicios de emergencia para el tratamiento de una afección médica de emergencia, los reclamos por los servicios de emergencia se pagarán hasta alcanzar la cantidad cubierta de Molina.

**Servicios posteriores a la estabilización prestados por un proveedor no participante:** Excepto como se establece a continuación, cuando la transferencia a un hospital proveedor participante sea adecuada, o cuando se apliquen otras exclusiones de beneficios, Molina cubre los servicios posteriores a la estabilización prestados por un proveedor no participante de acuerdo con las leyes estatales y federales. Los servicios posteriores a la estabilización cubiertos, ya sea de proveedores participantes o proveedores no participantes, están sujetos al costo compartido para los servicios de emergencia en el Resumen de Beneficios y Cobertura.

**Transferencia a un hospital proveedor participante:** Se requiere autorización previa para obtener servicios hospitalarios, excepto en el caso de servicios de emergencia, servicios de posestabilización y otras excepciones identificadas en este Acuerdo. En el caso de los miembros que son admitidos en un centro de proveedores no participantes para recibir Servicios de emergencia, Molina trabajará con el miembro y su proveedor

para proporcionar transporte a un centro de proveedores participantes. Si el miembro rechaza la transferencia, los servicios adicionales proporcionados en el centro del proveedor no participante, incluso los servicios posteriores a la estabilización no son servicios cubiertos. Es posible que los servicios no cubiertos no tengan derecho a las protecciones de Facturación del saldo y el proveedor pueda facturar el saldo a los miembros por estos servicios. El miembro será 100 % responsable del pago y los pagos no se aplicarán a su máximo anual de gastos de bolsillo.

**Transporte médico de emergencia:** El transporte médico de emergencia (ambulancia terrestre y aérea), o los servicios de transporte de ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia 911 están cubiertos cuando son Médicamente necesarios. Estos servicios están cubiertos solo cuando otros tipos de transporte pondrían en riesgo la salud o la seguridad del miembro. Los servicios de transporte médico de emergencia cubiertos se proveerán al costo compartido identificado dentro del SBC hasta la cantidad cubierta por Molina por dichos servicios.

**Ambulancia de emergencia:** Un servicio de ambulancia terrestre o aérea prestado a un miembro que requiere servicios de atención médica de emergencia en circunstancias que llevarían a una persona razonable o prudente que actuara de buena fe a creer que el transporte en otros vehículos pondría en peligro su salud. Los servicios de ambulancia de emergencia están cubiertos solo en las siguientes circunstancias:

- Dentro de New Mexico, al centro de la red más cercano donde se puedan brindar servicios y tratamientos de atención médica de emergencia, o a un centro fuera de la red si un centro de la red no es razonablemente accesible o no puede brindar la atención requerida. Dichos servicios deben ser brindados por un servicio de ambulancia autorizado, en un vehículo equipado y dotado de equipo y personal de soporte vital.
- Fuera de New Mexico, al centro apropiado más cercano donde se puedan brindar servicios y tratamientos de atención médica de emergencia. Dichos servicios deben ser brindados por un servicio de ambulancia autorizado, en un vehículo equipado y dotado de equipo y personal de soporte vital.
- Molina no pagará más por los servicios de ambulancia aérea de lo que habría pagado por los servicios de ambulancia terrestre en la misma distancia, a menos que la afección del miembro haga que la utilización de dichos servicios de transporte terrestre sea médicamente inapropiada.
- Para determinar si un miembro actuó de buena fe como persona razonable o prudente al obtener servicios de ambulancia de emergencia, Molina tomará en consideración los siguientes factores:
  - Si el miembro requirió servicios de atención médica de emergencia.
  - Los síntomas que se presentan.
  - Si una persona razonable o prudente y con conocimientos medios sobre salud y medicina habría creído que el transporte en otros vehículos habría puesto en peligro su salud.
  - Si el médico o proveedor del miembro o el servicio para miembros de Molina le aconsejaron al miembro que buscara un servicio de ambulancia. Otros consejos de este tipo darán lugar al reembolso de todos los servicios médicamente necesarios prestados, a menos que este plan los limite o excluya de otro modo.

- Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier nivel I o II u otro centro de trauma/quemados designado apropiadamente de acuerdo con los protocolos de tratamiento y clasificación de servicios médicos de emergencia establecidos. Los servicios de ambulancia de alto riesgo se definen como servicios de ambulancia, que son los siguientes:
  - No de emergencia.
  - Médicamente necesarios para transportar a un paciente de alto riesgo.
  - Indicados por su médico o proveedor.
- La cobertura de servicios de ambulancia de alto riesgo se limita a lo siguiente:
  - Servicios de ambulancia aérea, cuando sea médicamente necesario. Sin embargo, Molina no pagará más por el servicio de ambulancia aérea de lo que habría pagado por el transporte a la misma distancia mediante servicios de ambulancia terrestre, a menos que su afección haga que la utilización de dichos servicios de ambulancia terrestre sea médicamente inapropiada.
  - Servicios de ambulancia neonatal, incluso el servicio de ambulancia terrestre o aérea al centro de atención terciaria más cercano cuando sea necesario para proteger la vida de un recién nacido o de la madre.
  - Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier nivel I o II u otro centro de trauma/quemados apropiadamente designado de acuerdo con los protocolos de tratamiento.
- Los servicios de ambulancia de traslado entre instalaciones se definen como servicios de ambulancia terrestre o aérea entre hospitales, centros de enfermería especializada o centros de diagnóstico. Los servicios de traslado entre instalaciones están cubiertos solo en los siguientes casos:
  - Son médicamente necesarios.
  - Indicados por su médico o proveedor.
  - Brindados por un servicio de ambulancia autorizado en un vehículo equipado y dotado de equipo y personal de soporte vital.

**Programa para familias, bebés y niños pequeños (FIT):** Molina brinda cobertura a niños dependientes, desde el nacimiento hasta los tres años de edad, que califican para servicios a través del Programa Familia, Bebés y Niños Pequeños (FIT, en inglés). El Programa FIT es administrado por el Departamento de Salud de New Mexico. El programa proporciona servicios de intervención para niños que tienen o están en riesgo de sufrir retrasos o discapacidades en el desarrollo temprano. Molina cubre los servicios de intervención temprana médicamente necesarios proporcionados como parte de un plan familiar individualizado a niños dependientes que están inscritos en el Programa FIT del Departamento de Salud del estado de New Mexico. Deben recibir dichos servicios de proveedores del Programa FIT designados y aprobados. La cobertura y los servicios se

brindan según lo definido en los requisitos de los Servicios de Intervención Temprana del Programa FIT según la ley de New Mexico.

El beneficio máximo es de \$3,500 por dependiente e hijo inscrito durante cada año calendario. Se aplicará el costo compartido de consulta ambulatoria.

Los pagos conforme a esta sección no se aplican a los máximos o límites anuales conforme a 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 anticonceptivos:** Tiene derecho a recibir ciertos servicios y suministros anticonceptivos cubiertos sin costos compartidos y sin nuestra aprobación previa. Esto significa que no tiene que realizar un copago, coseguro, satisfacer un deducible ni pagar de su bolsillo parte de los beneficios de anticoncepción enumerados en este resumen si los recibe de un proveedor dentro de la red.

Es posible que deba pagar un copago, coseguro o un deducible si recibe un servicio o suministro anticonceptivo de un proveedor fuera de la red si el mismo servicio o suministro se encuentra disponible dentro de la red. También es posible que deba compartir costos si recibe un anticonceptivo de marca cuando al menos uno genérico o un equivalente terapéutico se encuentra disponible.

**Métodos anticonceptivos cubiertos:** Su plan cubre estos métodos anticonceptivos:

- Cirugía de esterilización para mujeres (como la ligadura de trompas)
- Cirugía de esterilización para hombres
- DIU de cobre
- DIU con progestina
- Varilla implantable
- Vacuna/Inyección
- Anticonceptivos orales (la píldora) (píldora combinada)
- Anticonceptivos orales (uso prolongado/continuo)
- Anticonceptivos orales (minipíldora, solo progestina)
- Parche
- Anillo 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), como los dispositivos intrauterinos (DIU) cubiertos sin costo compartido por su plan, se enumeran a continuación:

[MolinaMarketplace.com/NMFormulary2024](https://MolinaMarketplace.com/NMFormulary2024). La cobertura sin costo compartido también se aplica a la inserción y extracción del DIU, incluso la extracción quirúrgica, y a exámenes médicos relacionados cuando los servicios se obtienen de un proveedor dentro de la red. La cobertura de LARC sin costo compartido también incluye servicios clínicos posparto (antes del alta).

**Anticonceptivos orales:** Los anticonceptivos orales cubiertos por su plan se enumeran aquí: [MolinaMarketplace.com/NMFormulary2024](https://MolinaMarketplace.com/NMFormulary2024).

**Dispensación de seis meses:** Tiene derecho a recibir un suministro de anticonceptivos para seis meses, si son recetados y autoadministrados, cuando su farmacia los dispense al mismo tiempo. Para recibir este beneficio, su proveedor debe recetarle específicamente el suministro para seis meses. Si necesita cambiar el método anticonceptivo antes de que se acabe el suministro de seis meses, puede hacerlo sin costo compartido. No deberá compartir costos por asesoramiento anticonceptivo relacionado o control de efectos secundarios.

**Medicamentos o dispositivos de marca:** Su plan puede excluir o aplicar costos compartidos a un anticonceptivo de marca si hay un equivalente genérico o terapéutico disponible dentro de la misma categoría de anticonceptivo. Consulte la tabla de categorías de anticonceptivos anterior. Consulte a su proveedor sobre 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 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 cuando no se requiere receta para obtener instrucciones sobre el reembolso de condones.

**Infecciones de transmisión sexual:** Por infección de transmisión sexual se entiende clamidia, sífilis, gonorrea, VIH y tipos relevantes de hepatitis, así como otras infecciones de transmisión sexual, independientemente del medio de transporte, según lo determine la norma al determinar que la infección de transmisión sexual en particular es contagiosa. Su plan cubre, y no se aplica costos compartidos, los métodos anticonceptivos recetados para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Esto incluye detección, pruebas, exámenes o asesoramiento y la administración, dispensación o prescripción de medidas preventivas o medicamentos relacionados con la prevención de una infección de transmisión sexual. Además, atención médicamente necesaria según lo determine un proveedor de atención médica para el tratamiento de una infección de transmisión sexual existente.

**Cobertura para anticonceptivos cuando no se requiere receta médica:** Su plan cubre los anticonceptivos sin costo compartido, incluso cuando no se requiere receta médica. Los métodos anticonceptivos como los condones o el Plan B pueden entrar en esta categoría. No tendrá que pagar por adelantado los anticonceptivos que no requieren receta médica cuando se obtienen a través de una farmacia de la red. En el caso de todas las demás compras, puede enviar una solicitud de reembolso de la siguiente manera:

- En los 90 días siguientes 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>, a lo siguiente:

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

Si envía la solicitud de reembolso completa electrónicamente o por fax, le reembolsaremos en los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud. Si envía la solicitud de reembolso completa por correo postal estadounidense, le reembolsaremos en un plazo de 45 días. No presentar una solicitud completa puede provocar 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 anticonceptiva no es un beneficio cubierto.

**Servicios de habilitación:** Molina cubre los servicios y los dispositivos de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus destrezas y tareas para continuar su vida diaria. Ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina o habla a la edad esperada. Incluyen la fisioterapia, la terapia del habla, la terapia ocupacional y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos de pacientes internados o ambulatorios.

**Aparatos auditivos:** Molina cubre audífonos y ciertos servicios relacionados; la cobertura incluye un audífono recetado por un proveedor participante cada 36 meses de cobertura según esta EOC. 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.

La cobertura de audífonos incluye servicios de adaptación y dispensación. Esto incluye proporcionar moldes para los oídos según sea necesario para mantener un ajuste óptimo. Los servicios deben ser proporcionados por un audiólogo, un dispensador de audífonos o un médico de un proveedor participante.

**Exámenes de audición:** Molina cubre exámenes auditivos de rutina para miembros de 18 años o menos cuando los realiza un proveedor participante calificado y con licencia. Estos servicios se proporcionan sin costo alguno.

**Atención médica domiciliaria:** Molina cubre servicios de atención médica domiciliaria de medio tiempo y de forma intermitente a un miembro confinado a su casa debido a una enfermedad física si el miembro cuenta con una autorización previa y si se contrata a una agencia de atención médica domiciliaria para que provea los servicios. Estos servicios incluyen servicios de atención médica intermitente calificados y médicamente necesarios brindados por personal de enfermería titulado o personal de enfermería practicante autorizado; fisioterapeuta ocupacional o respiratorio o logopeda. Los servicios intermitentes de asistente de atención médica domiciliaria solo están cubiertos cuando forman parte de un plan de atención aprobado que incluye servicios especializados. Estos servicios cubiertos pueden incluir los siguientes:

- Recolección de muestras que se enviarán a un laboratorio aprobado para su análisis.
- Se cubrirán el equipo médico, los medicamentos y medicamentos recetados, los servicios y suministros de laboratorio que un profesional/proveedor considere médicamente necesarios para la prestación de servicios de salud en el hogar, excepto el equipo médico duradero.
- Atención médica domiciliaria o servicios intravenosos domiciliarios como alternativa a la hospitalización, según lo determine el médico o proveedor.
- Nutrición parenteral y enteral total como única fuente de nutrición.
- Medicamentos cubiertos recetados por un proveedor dentro de la red lo que duren los servicios de atención médica domiciliaria

Los servicios de atención médica domiciliaria están cubiertos en virtud de este Acuerdo:

- Hasta cuatro horas por visita de personal de enfermería, un trabajador social médico, un fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o del habla
- Hasta 100 visitas por año calendario (contando todas las visitas de atención médica domiciliaria)

**Servicios paliativos:** Molina cubre los servicios de los centros de cuidado paliativo para los miembros con enfermedades terminales (con una esperanza de vida de 6 meses o menos). 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 o proveedor. Molina cubre servicios de cuidados paliativos en el hogar y una habitación semiprivada en un centro de cuidados paliativos. Molina también cubre atención de relevo por hasta siete días por incidente.

El período de beneficio de cuidados paliativos se define de la siguiente manera:

- A partir de la fecha en que su médico o proveedor certifique que tiene una enfermedad terminal y una esperanza de vida de seis meses o menos.
- Finaliza seis meses después de su inicio, a menos que necesite una extensión del período de beneficios de cuidados paliativos a continuación, o en caso de muerte.
- Si un miembro requiere una extensión del período de beneficios de cuidados paliativos, el centro de cuidados paliativos debe proporcionar un nuevo plan de tratamiento y el médico o 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 cuidados paliativos.

- La persona que busca cuidados paliativos debe ser un miembro cubierto durante todo su período de beneficios de cuidados paliativos.

Servicios: Los siguientes servicios están cubiertos:

- Cuidados paliativos para pacientes internados.
- Visitas de profesionales/proveedores por parte de profesionales/proveedores certificados de cuidados paliativos.
- Servicios de atención médica domiciliaria brindados por personal de atención médica domiciliaria aprobado.
- Terapia física.
- Suministros médicos
- Medicamentos y medicamentos recetados para el dolor y el malestar específicamente relacionados con la enfermedad terminal.
- Transporte médico.
- Cuidado de relevo (cuidado que brinda alivio al cuidador) por un período que no exceda cinco días continuos por cada 60 días de cuidados paliativos. No estarán disponibles más de dos estancias de cuidados de relevo durante un período de beneficios de cuidados paliativos.
- Cuando no haya un programa de cuidados paliativos certificado disponible, se aplicarán los beneficios regulares de servicios de atención médica domiciliaria.

**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 Terapia de Oxígeno Hiperbárico de la Sociedad Médica Hiperbárica y Submarina (UHMS) o si es médicamente necesario.

**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 en los siguientes casos:

- Cuando se utiliza en las dos semanas previas a la cirugía para el control del dolor crónico.
- Para el control del dolor crónico cuando forma parte de un plan de tratamiento coordinado.

**Servicios hospitalarios para pacientes internados:** Los miembros deben contar con una autorización previa antes de recibir los servicios hospitalarios cubiertos, excepto en el caso de servicios de emergencia o servicios posteriores a la estabilización, y servicios para el trastorno por consumo de sustancias/salud mental iniciales. Los servicios posteriores a la estabilización en un hospital proveedor no participante después de la admisión al hospital para recibir servicios de emergencia estarán cubiertos siempre que la cobertura del miembro con Molina no haya terminado y el miembro no haya renunciado a las protecciones de facturación del saldo de conformidad con la ley federal. Molina trabajará con el miembro y su proveedor apropiado para proporcionar el transporte al centro de un proveedor participante. Si la cobertura de Molina finaliza durante una hospitalización, los servicios que el miembro reciba después de la fecha de finalización de la cobertura no son servicios cubiertos.

Para ver las excepciones, los miembros deben revisar la sección “Servicios cubiertos” del Acuerdo.

Los servicios para pacientes internados médicamente necesarios son generalmente y habitualmente proporcionados por hospitales generales de cuidados intensivos dentro de nuestro 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 se determine el uso de dichas instalaciones, ser médicamente necesario por parte del proveedor de atención primaria del miembro o del profesional de atención médica tratante, productos farmacéuticos y otros medicamentos, servicios de anestesia y oxígeno, enfermería especializada cuando sea médicamente necesario, radioterapia, terapia de inhalación y administración de sangre total y componentes sanguíneos cuando sea médicamente necesario. Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros, enfermería privada de guardia, bandejas para invitados y artículos de conveniencia para el paciente.

**Pruebas de laboratorio, radiología (rayos X) y servicios de escaneo especializados:**

Molina cubre servicios de laboratorio, radiología (incluidos rayos X) y escaneo con un proveedor participante. Los servicios de exploración cubiertos pueden incluir exploraciones por tomografía computarizada (CT, en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés) y resonancia magnética (MRI, en inglés), con autorización previa. Las mamografías están cubiertas para mujeres sintomáticas o de alto riesgo en cualquier momento previa derivación del proveedor de atención médica del miembro. Una mamografía inicial cubierta para personas de treinta y cinco a treinta y nueve años, que incluye tomosíntesis mamaria digital (mamografía 3D). Consulte la sección de cobertura preventiva en este Acuerdo para conocer la cobertura preventiva. Molina puede ayudar a los miembros a seleccionar un centro apropiado para recibir estos servicios. La cobertura limitada para las radiografías dentales y las relacionadas con la ortodoncia, que son médicamente necesarias, se detalla en la sección “Servicios dentales y de ortodoncia” de este Acuerdo. Se aplica el costo compartido.

**Servicios de salud mental (pacientes hospitalizados y ambulatorios): En concordancia 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 cubre el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales, que incluyen servicios para el tratamiento de la identidad de género o disforia de género.

Se elimina el costo compartido para todos los servicios profesionales y auxiliares para el tratamiento, la rehabilitación, la prevención y la identificación de enfermedades mentales, trastornos por abuso de sustancias y trastornos del espectro traumático. Esto incluye costos compartidos para servicios en centros hospitalarios, desintoxicación, tratamiento residencial y hospitalización parcial, terapia intensiva para pacientes ambulatorios, servicios en centros ambulatorios y todos los medicamentos, incluso los medicamentos de farmacia de marca cuando los genéricos no están disponibles. Costo compartido se refiere a copagos, coseguros, deducibles u otras formas de obligación financiera de un

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

afiliado que no sea una prima o una parte de una prima, o combinaciones de estas obligaciones financieras.

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

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

Molina no cubre asesoramiento o terapia profesional, matrimonial, parental o laboral. Además, no están cubiertos el tratamiento o las pruebas dentro de un entorno de hospitalización relacionados con los trastornos generalizados del desarrollo, incluso el trastorno del espectro autista, las discapacidades de aprendizaje o las discapacidades cognitivas, a menos que se indique lo 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 durante hospitalización.
- Estabilización de crisis
- Servicios de tratamiento residencial a corto plazo
- Programas de hospitalización parcial por salud mental
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios para adultos y de tratamiento durante el día para niños
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas
- Procedimientos de salud conductual
- Terapia psicológica individual y grupal

**Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción:** Molina cumple con la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act), que se aplica a nivel federal. Molina se asegura de que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento en los beneficios de Servicios de

[MolinaMarketplace.com](https://www.molinamarketplace.com)

salud mental o Trastorno 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 para pacientes ambulatorios proporcionados por un hospital y un proveedor en las instalaciones del hospital. Estos servicios pueden incluir el uso de una cama y supervisión periódica por parte del personal de enfermería de un hospital, que son razonables y necesarios para lo siguiente:

- Evaluar la afección de un paciente ambulatorio.
- Determinar la necesidad de un posible ingreso al hospital.
- Cuando se prevé o se produce una rápida mejora de la afección 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 hospitalaria, es posible que sea necesario cumplir con los criterios de nivel de atención. La duración del tiempo pasado en el hospital no es el único factor que Molina utilizará para determinar una observación frente a una hospitalización. Molina también considerará criterios médicos.

**Fenilcetonuria (PKU) y otros errores innatos del metabolismo:** Las pruebas y el tratamiento para la fenilcetonuria (PKU) y otros errores innatos del metabolismo que implican aminoácidos, carbohidratos o metabolismo graso están cubiertos. Esto incluye fórmulas y productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta recetada por un proveedor participante y administrada por un profesional de atención médica autorizado. El profesional de la salud consultará con un médico especializado en el tratamiento de la enfermedad metabólica. La dieta debe considerarse médicamente necesaria para prevenir el desarrollo de discapacidades físicas o mentales graves o para promover el desarrollo o función normal.

A efectos de esta sección, se aplican las siguientes definiciones: La “Fórmula” es un producto entérico para su uso en el hogar que es prescrito por un proveedor participante.

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

Otras fórmulas especializadas y suplementos nutricionales no están cubiertos. (Se aplicará el uso compartido de costos de equipos médicos duraderos (DME)).

**Servicios médicos:** Molina cubre los siguientes servicios médicos para pacientes ambulatorios en proveedores y centros participantes, que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Prueba de calcificación arterial

- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Visitas al consultorio, que incluyen:
  - Suministros médicos asociados.
  - Consultas prenatales y postnatales.
- Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor ya sea en el consultorio del médico o en un entorno para pacientes ambulatorios o internados. (Incluye cobertura por el uso de agentes químicos o radiación para tratar o controlar una enfermedad grave)
- Procedimientos de diagnóstico, que incluyen los siguientes:
  - Estudios de densidad ósea.
  - Pruebas de laboratorio clínico y servicios profesionales relacionados.
- Colonoscopias (las colonoscopias incluyen la extirpación de pólipos durante el procedimiento sin costo compartido para el miembro)
- Pruebas cardiovasculares y procedimientos neurológicos/neuromusculares.
- Procedimientos de laboratorio gastrointestinal.
- 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. Los miembros pueden seleccionar un obstetra ginecólogo como su PCP. Las mujeres dependientes tienen acceso directo a la atención obstétrica y ginecológica.
  - Estudios del sueño; los estudios del sueño están cubiertos de forma ambulatoria y a domicilio. Es posible que se apliquen costos compartidos de instalaciones separadas
  - Audiología y pruebas de audición
  - Consultas de control y cuidado de niños
  - Exámenes del ojo para diabéticos (exámenes retinianos dilatados)
  - Diagnóstico y tratamientos médicamente indicados para afecciones físicas que causan infertilidad, excepto cuando sea necesario para revertir una cirugía de esterilización voluntaria previa. (El beneficio cubre únicamente pruebas, diagnóstico y procedimiento correctivo, sujeto a exclusiones en la sección "Exclusiones")
  - La vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) está cubierta para niñas de 9 a 14 años.
  - Inyecciones, pruebas de alergia y tratamientos cuando su PCP lo proporciona o lo deriva
  - Servicios de osteoporosis para las mujeres (incluso el tratamiento y el control apropiado cuando se determina que dicho servicio es médicamente necesario por el PCP de las mujeres, en consulta con Molina)
  - Atención de maternidad ambulatoria (incluso complicaciones del embarazo y médicamente necesarias en el hogar)

- Atención ambulatoria para recién nacidos
- Atención médica 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
- Los servicios para el tratamiento médico y quirúrgico de lesiones y enfermedades oculares (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 “Visión pediátrica”)
- Consultas con un 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 ayudar. El complejo programa de gestión de casos 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 los problemas de salud del miembro. El administrador de casos puede ayudar al miembro a conocer esos problemas y cómo lidiar con ellos. El administrador de casos también puede trabajar con la familia o el cuidador del miembro para asegurarse de que el miembro reciba la atención que necesita y también trabaja con el médico del miembro. Hay varias maneras de derivar al miembro a este programa. También hay ciertos requisitos que el miembro debe cumplir. Este programa es voluntario. El miembro puede optar por retirarse de un programa en cualquier momento.

Si el miembro desea obtener información sobre este programa, llame a la línea gratuita del Departamento de Servicios para Miembros.

**Embarazo y maternidad:** En el caso de la atención prenatal, las miembros pueden elegir a un proveedor participante de Molina que sea un obstetra ginecólogo, una enfermera partera certificada o una personal de enfermería especializado que esté capacitado en el campo de la salud femenina. Molina cubre los siguientes servicios de atención de maternidad:

- Atención prenatal
- Atención de maternidad ambulatoria, que incluye suministros Médicamente necesarios para un parto domiciliario.
- Parto en un hospital o centro de maternidad autorizado
- Servicios para complicaciones del embarazo, como sufrimiento fetal, diabetes gestacional y toxemia
- Aborto espontáneo
- Servicios de laboratorio que son médicamente necesarios
- Atención hospitalaria durante 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea. Las hospitalizaciones más largas

requieren que la miembro o su proveedor notifiquen a Molina. Esta atención incluye la atención neonatal del recién nacido.

- Cuando sea necesario para proteger la vida del bebé o de la madre, Molina cubre el transporte, incluso el transporte aéreo, de la mujer embarazada de alto riesgo médico con un parto inminente de un bebé potencialmente viable al centro de atención terciaria disponible más cercano, según lo define la ley estatal. La atención prenatal incluye suplementos nutricionales médicamente necesarios recetados por el obstetra-ginecólogo de la futura madre u otro profesional de atención médica aprobado de quien la futura madre recibe atención prenatal.
- Pruebas de diagnóstico relacionadas con el embarazo, incluso la prueba de detección de alfafetoproteína IV para mujeres embarazadas, generalmente entre las semanas dieciséis y veinte de embarazo, para detectar ciertas anomalías genéticas en el feto.
- Mínimo 3 visitas domiciliarias, educación de los padres, asistencia y capacitación en lactancia materna y alimentación con biberón y la realización de pruebas clínicas necesarias y aprobadas, según lo exigido por la ley estatal.
- Los suplementos nutricionales para la atención prenatal cuando los receta un médico o proveedor
- están cubiertos para mujeres embarazadas.
- Asesoramiento nutricional, según sea médicamente necesario.
- Los suplementos nutricionales que requieren receta médica para ser dispensados están cubiertos cuando los receta un médico o proveedor y cuando son médicamente necesarios para reemplazar una deficiencia documentada específica.
- Los suplementos nutricionales administrados mediante inyección en el consultorio del médico o proveedor están cubiertos cuando sean médicamente necesarios.
- Las fórmulas o los productos enterales, como apoyo nutricional, están cubiertos solo cuando los receta un médico o proveedor y se administran mediante alimentación por sonda enteral.
- La Nutrición parenteral total (NPT) es la administración de nutrientes a través de catéteres intravenosos a través de venas centrales o periféricas y está cubierta cuando la indica un médico o proveedor.
- Alimentos médicos especiales enumerados como beneficios cubiertos en el beneficio de errores genéticos innatos del metabolismo (IEM) o según sean médicamente necesarios.

Si, después de hablar con una miembro, el 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. Las decisiones de acortar el período de atención de pacientes hospitalizados para la madre o el recién nacido deben ser tomadas por el proveedor participante que asiste. Debe basarse en la necesidad médica y en consulta con la madre. Si se acorta el período de hospitalización, se proporcionarán al menos 3 visitas de atención en el hogar. Los Servicios médicos preventivos, de atención primaria y de laboratorio se aplicarán a los servicios posteriores al alta, según corresponda. Molina no cubre servicios para ninguna persona en relación con un acuerdo de subrogación.

**Interrupción del embarazo:** Molina cubre los servicios de interrupción del embarazo en la medida requerida por la Ley de Atención Médica Asequible, la ley federal y la ley estatal. Incluso abortos terapéuticos.

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

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

- Elementos o servicios basados en la evidencia que tienen una calificación de “A” o “B” vigente en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Médicos Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, en inglés). Ingrese en el sitio web del USPSTF para obtener recomendaciones sobre servicios médicos preventivos en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-and-b-recommendations>. La lista de la sección está sujeta a cambios. Visite el sitio web para obtener la información más actualizada.
- Inmunizaciones de rutina para niños, adolescentes y adultos, según lo recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés).
- Con respecto a los lactantes, los niños y los adolescentes, esa atención preventiva informada de la evidencia y los exámenes de detección previstos en las directrices integrales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, en inglés); y
- Los servicios médicos preventivos y los exámenes previstos en las pautas integrales respaldadas por la HRSA, en la medida en que no estén ya incluidos en ciertas recomendaciones del USPSTF.
- Pautas de servicios preventivos para mujeres de la HRSA.
- Servicios de atención preventiva según lo exige la ley o requisito estatal, que incluye, entre otros, los siguientes:
  - Calcificación de las arterias: una exploración del calcio en las arterias del corazón.
  - Limitado a la provisión de una gammagrafía de calcio en las arterias del corazón para utilizarla como herramienta de gestión clínica.
  - Proporcionado cada cinco años si un miembro ha recibido previamente una puntuación de calcio en las arterias del corazón de cero.
  - No será necesario para futuras exploraciones de calcio en las arterias del corazón si un miembro recibe una puntuación de calcio en las arterias del corazón superior a cero.
  - Detección, pruebas, exámenes, asesoramiento o administración/dispensación de cualquier cosa para prevenir las ITS, o el tratamiento médicamente necesario de las ITS

- Mamografías de la siguiente manera:
  - En el caso de mujeres sintomáticas o de alto riesgo en cualquier momento previa derivación del proveedor de atención médica de la mujer.
  - Una mamografía cada dos años para personas de cuarenta a cuarenta y nueve años.
  - Una mamografía anual para personas mayores de 50 años.
  - La cobertura estará disponible solo para mamografías de detección obtenidas con equipos diseñados específicamente para realizar mamografías de dosis baja en instalaciones de imágenes que hayan cumplido con los estándares de acreditación para mamografía del Colegio Estadounidense de Radiología y de acuerdo con la ley estatal.

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

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

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

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

Dispositivos implantados internamente:

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

Dispositivos externos:

- Extremidades artificiales necesarias debido a la pérdida como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito.
- Prótesis a medida tras mastectomía
- Las ortesis de rodilla, tobillo y pie (KAFO, en inglés) y las ortesis de tobillo y pie (AFO, en inglés) fabricadas a medida están cubiertas para los miembros de acuerdo con las pautas reconocidas a nivel nacional.
- Dispositivos ortopédicos y otros dispositivos externos utilizados para corregir una función corporal, como la deformidad del pie zambo.
- 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 ajuste del dispositivo, reparación o reemplazo del dispositivo (a menos que se deba a pérdida o uso indebido).

Molina no cubre aparatos ortóticos que enderecen o den nueva forma a una parte del cuerpo. Algunos ejemplos incluyen productos ortóticos para los pies, bandas craneales y algunos tipos de soportes, incluso aparatos ortóticos sin receta médica. Los aparatos ortopédicos para los pies o los aparatos para calzado no están cubiertos, excepto para nuestros miembros con neuropatía diabética u otra neuropatía 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. El alquiler de una silla de ruedas durante un mes está cubierto si el miembro era propietario de la silla de ruedas que se está reparando.

Los aparatos ortopédicos pueden limitarse a un máximo de un 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.
- Extracción de la totalidad o parte 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 la mastectomía, incluso los linfedemas. Los beneficios de mastectomía pueden tener un deducible anual que se aplica y pueden requerir que el miembro pague algunos costos de bolsillo.

- Servicios médicamente necesarios relacionados con la atención de afirmación de género y el tratamiento de la disforia de género.

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 remodelar las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia. Las cirugías médicamente necesarias no están incluidas.

**Servicios de rehabilitación:** Molina cubre servicios que ayudan a los miembros a mantener, recuperar o mejorar las destrezas y el funcionamiento para la vida diaria que se perdieron o deterioraron a causa de una enfermedad, una lesión o una discapacidad. Estos servicios pueden incluir servicios de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional en una variedad de entornos de pacientes internados o ambulatorios. Los servicios cubiertos por Molina incluyen fisioterapia y terapia ocupacional a corto plazo, brindados en un centro de rehabilitación, un centro de enfermería especializada, una agencia de atención médica domiciliaria o un entorno ambulatorio. Los servicios de rehabilitación se ofrecen con un costo compartido del PCP.

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

**Centro de enfermería especializada:** Molina cubre 60 días por año calendario en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) para un miembro si el SNF es un proveedor participante y los servicios cuentan con autorización previa antes de comenzar. Entre los servicios de SNF cubiertos, se incluyen los siguientes:

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

**Servicios para dejar de fumar:** El equipo de administración de la atención de Molina trabaja directamente con los miembros, a petición de estos, para ayudarles con la acción más adecuada según las necesidades del miembro, incluso la determinación de la frecuencia, el método, el tratamiento o el entorno para el artículo o servicio recomendado.

Molina determinará los servicios en consulta con el proveedor. Los miembros de Molina siempre tienen acceso a al menos uno de los productos para dejar de fumar sin 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 condiciones relacionadas con el consumo y la dependencia.
  - Farmacoterapia: Dos cursos 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 varias sesiones por año calendario.
- El inicio de un 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 el formulario para obtener información adicional)
      - Goma de mascar de nicotina
      - Parche de nicotina
      - Pastilla de nicotina
      - Nicotina en aerosol oral o nasal
      - Inhalador de nicotina
      - Bupropión
      - Varenilina

**Trastorno por consumo de sustancias (pacientes hospitalizados y ambulatorios):**

**En concordancia con la ley estatal,** Molina cubre el tratamiento médicamente necesario del trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados y ambulatorios. La cobertura para pacientes hospitalizados, en un hospital proveedor participante, solo está cubierta para el tratamiento médico de los síntomas de abstinencia. Molina puede requerir autorización para la cobertura de servicios, incluso los servicios para pacientes internados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. Molina cubre la siguiente atención ambulatoria para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias:

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

Molina no cubre los servicios para el alcoholismo, el abuso de drogas o la adicción a las drogas excepto como se describe de otra manera en este Acuerdo. 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 elimina el costo compartido para todos los servicios profesionales y auxiliares para el tratamiento, la rehabilitación, la prevención y la identificación de enfermedades mentales, trastornos por abuso de sustancias y trastornos del espectro traumático. Esto incluye costos compartidos para servicios en centros hospitalarios, desintoxicación, tratamiento residencial y hospitalización parcial, terapia intensiva para pacientes ambulatorios, servicios en centros ambulatorios y todos los medicamentos, incluso los medicamentos de farmacia de marca cuando los genéricos no están disponibles. Costo compartido se refiere a copagos, coseguros, deducibles u otras formas de obligación financiera de un afiliado que no sea una prima o una parte de una prima, o combinaciones de estas obligaciones financieras.

**Cirugía (pacientes hospitalizados 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:

- Principales procedimientos endoscópicos
  - Quirófano y habitación de recuperación
  - Atención preoperatoria y postoperatoria
  - Anestesia y la administración de anestesia La anestesia puede incluir cobertura de hipnoterapia. Se puede proporcionar anestesia general para lo siguiente:
- El miembro presenta afecciones físicas, intelectuales o médicamente comprometidas para las cuales no se puede esperar que el tratamiento dental bajo anestesia local no se pueda exceptuar.
  - Miembro para quien la anestesia local es ineficaz.
  - Niños o adolescentes que no cooperan, tienen miedo o no cooperan con las necesidades dentales.
  - Miembros con un trauma oral-facial o dental extenso para el cual el tratamiento bajo anestesia local sería ineficaz.
  - Otros procedimientos para los cuales la hospitalización o anestesia general en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio es médicamente necesaria.
    - 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 apósitos quirúrgicos que requieren la receta médica de un proveedor y que no se pueden comprar sin receta están cubiertos cuando son médicamente necesarios para el tratamiento de una herida causada o tratada por un procedimiento quirúrgico.

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

**Servicios para el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ/CMJ):** Molina cubre servicios para tratar el síndrome de articulación temporomandibular (TMJ/CMJ, en inglés) si se aplican todas las condiciones siguientes:

- La afección es causada por una deformidad, enfermedad o lesión congénita, del desarrollo o adquirida.
- Según los estándares aceptados de la profesión del proveedor de atención médica que presta el servicio, el procedimiento o dispositivo es razonable y apropiado para el diagnóstico o tratamiento de la afección.
- El propósito del procedimiento o dispositivo es controlar o eliminar la infección, el dolor, la enfermedad o la disfunción.
- No cubierto: Los siguientes servicios no están cubiertos:
  - Atención dental de rutina, preventiva y mayor para adultos.
  - La atención dental y las radiografías dentales no están cubiertas, salvo lo específicamente dispuesto anteriormente.
  - Implantes dentales.
  - Tratamiento de maloclusión, si forma parte del cuidado dental y de ortodoncia de rutina.
  - Los aparatos de ortodoncia y el tratamiento de ortodoncia (aparatos), coronas, puentes y dentaduras postizas utilizados para el tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular no están cubiertos, a menos que el trastorno esté relacionado con un trauma.

**Servicios de trasplantes:** Molina cubre trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea en los centros de proveedores participantes si se cuenta con una autorización previa. Si un proveedor participante determina que un miembro no cumple con sus criterios correspondientes para un trasplante, Molina solo cubrirá los servicios que el miembro haya recibido antes de realizar la determinación. Molina no es responsable de encontrar,

suministrar o asegurar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea. De acuerdo con las pautas de Molina sobre los servicios para donantes vivos de trasplante, Molina proporciona ciertos servicios relacionados con las donaciones a un donante o a un individuo identificado como un donante potencial, ya sea que el donante sea un miembro o no lo sea. Estos servicios deben tener una relación directa con un trasplante cubierto para el miembro. Los servicios cubiertos pueden incluir ciertos servicios para la evaluación, la extirpación del órgano, el cuidado de seguimiento directo, la recolección del órgano, tejido o médula ósea, y el tratamiento de complicaciones. Las pautas de Molina para servicios a donantes están disponibles llamando a Servicios para Miembros.

Están cubiertos los siguientes trasplantes:

- Los beneficios de trasplante de órganos sólidos humanos están cubiertos para lo siguiente:
  - Riñón
  - Hígado
  - Páncreas
  - Intestino
  - Corazón
  - Pulmón
  - Multivisceral (3 o más órganos abdominales)
  - Trasplantes simultáneos de múltiples órganos, a menos que estén en investigación
  - Infusión de células de los islotes del páncreas
  - Aoinjerto de menisco
  - Implante de condrocitos autólogos: solo rodilla
  - Trasplante de médula ósea, incluso la recolección y el trasplante de células madre de médula ósea de sangre periférica (trasplante de células madre) después de dosis altas 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, en inglés)
    - Síndrome de Wiskott-Aldrich
    - Sarcoma de Ewing
    - Tumor de células germinales
    - Neuroblastoma
    - Tumor de Wilm
    - Síndrome mielodisplásico
    - Mielofibrosis
    - Anemia drepanocítica
    - Talasemia mayor

Si hay un donante vivo que requiere cirugía para que un órgano esté disponible para un trasplante cubierto para nuestro miembro, la cobertura está disponible para los gastos incurridos por el donante vivo por cirugía, servicios de laboratorio y rayos X, gastos de almacenamiento de órganos y solo atención de seguimiento para pacientes hospitalizados. Pagaremos los cargos totales permitidos para un donante vivo que no tiene derecho a beneficios en virtud de otros planes o políticas de beneficios de salud.

Molina no discrimina a los destinatarios de obsequios anatómicos, lo que incluye a un miembro con una discapacidad física o mental. La cobertura de Molina está de acuerdo con la Ley Revisada de Regalos Anatómicos Uniformes de Jonathan Spradling.

Hay beneficios de viaje limitados disponibles para el receptor del trasplante, el donante vivo (si corresponde) u otra persona. Los costos de transporte estarán cubiertos solo si es necesario viajar fuera del estado. Se cubrirán los gastos razonables de alojamiento y comidas tanto para residentes como fuera del estado, hasta un máximo de \$150 por día para el receptor del trasplante, el donante vivo (si corresponde) y otra persona combinada. Los beneficios solo estarán cubiertos para transporte, alojamiento y comidas y están limitados a un máximo de por vida de \$10,000.

*Molina no cubre lo siguiente:*

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

**Servicios de atención de urgencia:** Los servicios de atención de urgencia están sujetos al costo compartido en el Resumen de Beneficios y Cobertura. Los servicios de atención de urgencia son aquellos servicios necesarios para prevenir el deterioro grave de la salud debido a una enfermedad o lesión médica imprevista. Las afecciones urgentes no ponen en peligro la vida, pero requieren atención médica inmediata para evitar un deterioro grave de su salud. Para servicios de atención de urgencia o fuera del horario de atención, los miembros deben llamar a su PCP o a la línea de asesoramiento de enfermería. Los miembros que se encuentran dentro del área de servicio de Molina pueden preguntar a su PCP qué centro de atención médica de urgencia de proveedor participante debe usar. Los miembros también pueden llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Es mejor averiguar el nombre del centro de atención de urgencia de proveedor participante con anticipación. Los miembros que se encuentran fuera del Área de servicio pueden ir a la sala de emergencias más cercana.

**Servicios de visión (pediátricos):** Molina cubre, para todos los miembros, exámenes oculares para diabéticos (exámenes de retina con dilatación de dilatación) 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 de visión pediátrica:** 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.
- Marcos
  - Limitado a 1 par de marcos cada año calendario
  - Limitado a una selección de marcos cubiertos
- Cristales
  - Limitado a 1 par por año calendario
  - Monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea, lentes lenticulares, lentes de policarbonato
  - Todos los lentes incluyen revestimiento resistente a los arañazos y protección 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 visión deficiente están cubiertos e incluyen servicios, entrenamiento e instrucción para la vista deficiente para maximizar la visión utilizable restante. El cuidado de seguimiento se cubre cuando los servicios son Médicamente necesarios y si se obtiene una Autorización previa. La cirugía correctiva con láser no está cubierta.

## **MEDICAMENTOS CON RECETA**

**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 indica en el formulario. Un proveedor legalmente autorizado para escribir recetas médicas, también conocido como recetador, puede solicitar una autorización previa en nombre de un miembro, y Molina notificará al proveedor si la solicitud se aprueba o deniega, según la revisión de la necesidad médica.

**Farmacias:** Molina cubre medicamentos en farmacias minoristas, farmacias especializadas y servicios de farmacia por correo dentro de nuestra red. Es posible que los miembros deban surtir un medicamento en una farmacia especializada contratada si está sujeto a las restricciones de distribución de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, 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](https://MolinaMarketplace.com). También está disponible una copia impresa previa solicitud 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 está disponible para los miembros en [MolinaMarketplace.com/NMFormulary](https://MolinaMarketplace.com/NMFormulary). También se puede solicitar una copia impresa. Un grupo de profesionales médicos que forman parte de Molina, y también externos, seleccionan los productos que se incluyen en el Formulario. Este grupo revisa el Formulario regularmente y realiza cambios cada 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 registrados nuevos en el mercado. Molina enviará un aviso al miembro 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 fármacos que los proveedores recetan a los miembros para que estos los obtengan en una farmacia y se los administren a sí mismos. La mayoría de los medicamentos inyectables que requieren ayuda de un proveedor para su uso se cubren bajo el beneficio médico en lugar del beneficio de farmacia. Los proveedores cuentan con instrucciones de Molina sobre la manera de obtener una aprobación anticipada de los medicamentos que compran para tratar a los miembros. Es posible obtener aprobación para adquirir algunos medicamentos inyectables en una farmacia mediante el beneficio de farmacia del Plan.

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

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

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

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

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

Nota: si Molina no responde en un plazo de 72 horas, la solicitud se considerará aprobada.

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

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

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

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

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

**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 puede consultar el costo compartido del miembro para un suministro de un mes, sobre la base de estas categorías.

Molina no requerirá que un miembro realice un pago en el punto de venta por un medicamento recetado cubierto por un monto mayor que el menor de los siguientes:

- Monto de costo compartido aplicable para el medicamento recetado.
- Cantidad que un miembro pagaría por el medicamento recetado si el miembro comprara el medicamento recetado sin utilizar un plan de beneficios de salud u otras fuentes de beneficios o descuentos en medicamentos recetados.
- Monto total que Molina reembolsará a la farmacia por el medicamento recetado, incluso el monto de costo compartido pagado por Molina.
- Valor del reembolso del fabricante proporcionado a Molina o su administrador de beneficios de farmacia por el medicamento recetado.

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

<b>Categoría de medicamento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Preventivo</b>	PREV: medicamentos y dispositivos preventivos y de planificación familiar (es decir, anticonceptivos) con \$0 de costo compartido.
<b>Medicamentos genéricos preferidos</b>	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos.
<b>Marca preferida y genérico no preferido</b>	Nivel 2: medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos que no son preferidos.

<b>Medicamentos especializados preferidos</b>	Nivel 3: todos los medicamentos especializados preferidos (de marca y genéricos); medicamentos que requieren manipulación especial, asesoramiento o seguimiento complejos, distribución limitada u otros requisitos farmacéuticos especiales; Dependiendo de las reglas estatales, Molina puede exigir que los miembros utilicen una farmacia especializada de la red; Algunos medicamentos especializados solo se venden en determinadas farmacias que la compañía farmacéutica ha elegido (“Distribución limitada”).
<b>Marca no preferida</b>	Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos.
<b>Medicamentos especializados no preferidos</b>	Nivel 5: todos los medicamentos especializados no preferidos (de marca y genéricos); Medicamentos que requieren manipulación especial, asesoramiento o seguimiento complejos, distribución limitada u otros requisitos farmacéuticos especiales; Costo compartido más alto que los medicamentos especializados preferidos utilizados para tratar las mismas afecciones, si están disponibles; Dependiendo de las reglas estatales, Molina puede exigir que los miembros utilicen una farmacia especializada de la red; Algunos medicamentos especializados solo se venden en determinadas farmacias que la compañía farmacéutica ha elegido (“Distribución limitada”).
<b>DME</b>	DME: artículos que no son medicamentos, como equipos y suministros de monitoreo, cubiertos por el beneficio de farmacia; El costo compartido sigue el costo compartido del beneficio médico para el equipo médico duradero para artículos que no son medicamentos en la lista de medicamentos.

**Costo compartido en excepciones al formulario:** En el caso de los medicamentos u otros productos aprobados en la excepción del Formulario, el miembro tendrá el costo compartido de marca no preferido para medicamentos no especializados o el costo compartido del nivel de medicamentos especializados de marca no preferidos para medicamentos especializados. Tenga en cuenta que, para los productos de marca registrada que no forman parte del Formulario, cuando existe un producto genérico similar incluido en el Formulario y si la cobertura se aprueba por excepción, el costo compartido del miembro también incluirá la diferencia de costo entre el medicamento genérico del Formulario y el medicamento de marca registrada.

**Sitio de atención para el programa de medicamentos requeridos administrados por el proveedor:** Para los medicamentos administrados por el proveedor que requieren autorización previa, cuando se cumplen los criterios de cobertura para el medicamento, se utiliza una política de centro de atención para determinar la necesidad médica del centro de atención solicitado. Sitio de atención significa el lugar físico de inyección o administración de 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 el sitio de la política de atención, visite [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com).

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

**Asistencia con costos compartidos de medicamentos y costos de bolsillo:** La reducción del costo compartido para cualquier medicamento recetado que el miembro obtenga mediante el uso de una tarjeta de descuento o un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos recetados, u otras formas de asistencia de terceros con el costo compartido de medicamentos recetados, no se aplicará a deducibles ni al máximo anual de gastos de bolsillo conforme al Plan de acuerdo con la ley estatal. Molina aplicará al miembro el valor total de descuentos proporcionados o pagos realizados por terceros, incluso, entre otros, programas de apoyo a las compañías farmacéuticas en el momento del reclamo de medicamentos recetados.

**Medicamentos, productos y suplementos 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 (DME):** Molina cubrirá los costos de compra o alquiler del DME incluso para su uso con ciertos medicamentos cuando se obtenga a través de un proveedor contratado. Además, Molina cubrirá reparaciones, mantenimiento, entrega y suministros razonables relacionados con el DME. Los miembros pueden ser responsables de los costos de la reparación o sustitución necesarias del DME si se requieren debido a un mal uso o pérdida. Se requiere una autorización previa para la cobertura del DME. De acuerdo con la ley estatal para el cuidado de la diabetes, un miembro que haya recibido autorización previa durante el año de la póliza no estará sujeto a requisitos de autorización previa adicionales en el mismo año de la póliza si el médico de la persona cubierta lo indica 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. Consulte [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com) o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre la cobertura.

**Suministros para diabéticos:** Molina cubre suministros para diabéticos en el Formulario, como jeringas de insulina, lancetas y dispositivos de lanceta para punción, monitores de

glucosa en la sangre, incluso aquellos para las personas legalmente ciegas, dispositivos para ayudar a inyectar insulina, incluso aquellos adaptables para satisfacer las necesidades de aquellas personas legalmente ciegas, agentes orales prescriptivos para controlar los niveles de azúcar en sangre, kits de emergencia de glucagón, DME de supervisión continua 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.

**Límite de medicamentos para la diabetes:** El monto que un miembro con diabetes debe pagar por un medicamento de insulina recetado preferido del formulario o una alternativa médicamente necesaria es un monto que no debe exceder un total de veinticinco dólares (\$25.00) por suministro de treinta días.

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

**Gotas para los ojos con receta:** Molina cubre las gotas para los ojos recetadas médicamente necesarias según lo identificado en el formulario y según lo recetado por el proveedor de los miembros. Para renovar una receta, se deberá cumplir lo siguiente:

- El miembro solicita la renovación al menos veintitrés días para un suministro de gotas para los ojos para treinta días, cuarenta y cinco días para un suministro de gotas para los ojos para sesenta días o sesenta y ocho días para un suministro de gotas para los ojos para noventa días desde la fecha en que se entregó la receta original al miembro o la fecha en que se le entregó al miembro la última renovación de la receta, lo que ocurra más tarde.
- El proveedor participante indica en la receta original que se necesitan cantidades adicionales y que la renovación solicitada por el asegurado no excede la cantidad 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. El Formulario indica “CORREO” para los artículos que pueden estar cubiertos con un suministro para 3 meses a través de un servicio de farmacia por correo contratado u otros programas del Plan. Las cantidades que superan los límites de suministro diario del Formulario no están cubiertas, con pocas excepciones.

**Prorrato y sincronización:** Molina proporciona un prorrato 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 solicite o acepte recibir un suministro inferior a treinta días del medicamento recetado, que el surtido o resurtido reducido se realice con el fin de sincronizar los surtidos de medicamentos recetados del miembro. El

[MolinaMarketplace.com](https://www.molina.com)

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

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

**Medicamentos para tratar el cáncer:** Molina cubre los costos razonables de medicamentos contra el cáncer (incluso medicamentos contra el cáncer orales) y su administración. Las solicitudes para usos fuera del etiquetado del medicamento que realiza la FDA (es decir, usos fuera de la etiqueta) se revisan para necesidad médica con respecto a las recomendaciones estándar para el uso del medicamento y para el tipo de cáncer que se está tratando. No se rechazan solicitudes en función únicamente en el uso fuera del uso del etiquetado de la FDA. Los medicamentos con los que los proveedores tratan a los miembros estarán sujetos al costo compartido especificado para la quimioterapia, según el beneficio médico del sitio donde se administra el tratamiento. Los medicamentos que los miembros reciben en las farmacias estarán sujetos al costo compartido especificado en el beneficio de farmacia. Consulte el SBC para conocer el costo compartido aplicable. La mayoría de los nuevos medicamentos contra el cáncer se consideran medicamentos especializados según el beneficio de farmacia. La cobertura de un medicamento contra el cáncer recetado y administrado por vía oral no está sujeta a autorización previa, límite de dólares, copago, deducible o disposición de coseguro que no se aplique a los medicamentos contra el cáncer administrados por vía intravenosa o inyectados que se usan para matar o retardar el crecimiento de células cancerosas. Los medicamentos contra el cáncer están cubiertos por un programa de suministro 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 pedidos por correo de medicamentos del Formulario:** Molina ofrece a sus miembros una opción de pedido por correo para ciertos medicamentos en los niveles de medicamentos preventivos, medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de marca preferidos y medicamentos de marca no preferidos y genéricos. Los medicamentos elegibles están marcados como “CORREO” en el Formulario. Los medicamentos del Formulario se enviarán por correo a un miembro dentro de los 10 días posteriores a la solicitud y aprobación del pedido. Con esta opción, los miembros pueden obtener un suministro de 3 meses de medicamentos elegibles a un menor costo compartido. El costo compartido de un suministro de 3 meses mediante el método de pedido por correo se aplica a una tasa de dos veces y medio el costo compartido de un

suministro de un mes en la categoría del Formulario del medicamento. Los medicamentos de las categorías Medicamentos de marca y genéricos de especialidad no son elegibles para programas de suministro de 90 días como el pedido por correo, aunque la mayoría de los medicamentos especializados serán enviados directamente al miembro. Para obtener más información, consulte [MolinaMarketplace.com](https://MolinaMarketplace.com) o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

**Medicamentos para uso fuera de lo indicado:** Molina no denegará la cobertura de medicamentos para uso fuera de lo indicado únicamente sobre la base de que el medicamento se utilizará por fuera del uso aprobado por la FDA. Molina cubre medicamentos para uso fuera de lo indicado para tratar una enfermedad cubierta crónica, incapacitante o que ponga en riesgo la vida. El medicamento debe tener la aprobación de la FDA para, al menos, una indicación. El uso se debe reconocer como estándar y eficaz para el tratamiento indicado en cualquiera de las comparaciones de referencia de medicamentos estándar o en la documentación médica revisada por pares sustancialmente aceptada. Es posible que Molina requiera que se hayan probado otros tratamientos estándares o que se haya determinado que estos no son clínicamente apropiados, si se permite según 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)
- Medicamentos experimentales o en investigación.
- Medicamentos para bajar de peso o medicamentos para la diabetes cuando se usan fuera de lo indicado para perder peso en lugar de tratar la diabetes

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

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

## EXCLUSIONES

Ciertos equipos y servicios están excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo. Estas exclusiones se aplican independientemente de si los servicios están dentro del alcance de la licencia de un proveedor, excepto cuando se indique expresamente lo contrario en esta Sección, o cuando la ley estatal exija lo contrario. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina si tiene preguntas sobre las exclusiones.

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

**Exclusiones generales:** Incluso si un servicio, suministro, dispositivo o medicamento figura como cubierto en Detalles, no es elegible para recibir beneficios si se aplica alguna de las siguientes exclusiones generales.

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

**Ciertos exámenes y servicios:** Lo siguiente no está generalmente 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.
- Requeridos por orden judicial o requeridos para libertad bajo fianza o libertad condicional.

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

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

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

**Dietista:** El servicio de un dietista no es un servicio cubierto, excepto que esté cubierto específicamente en virtud de los servicios de dietista o de los beneficios de cuidado paliativo. Consulte ambas secciones para obtener más información.

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

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

**Servicios homeopáticos y holísticos:** Otros servicios no tradicionales que incluyen, entre otros, tratamientos holísticos y homeopáticos, yoga, Reiki, terapia de masajes y terapia Rolf, no están cubiertos.

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

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

**Servicios y soporte a largo plazo (LTSS):** no es un beneficio cubierto.

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

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

- Entrenamiento académico o tutoría para habilidades como gramática, matemáticas y manejo del tiempo
- Enseñar a los miembros cómo leer si tienen dislexia
- Pruebas educativas
- Enseñar arte, danza, montar a caballo, música, tocar instrumentos o nadar
- Habilidades de enseñanza para empleo o propósitos vocacionales
- Formación profesional o enseñanza de habilidades profesionales
- Cursos de crecimiento profesional
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral
- Terapia acuática y otras terapias acuáticas.
- Exámenes relacionados con el desempeño laboral, deportivo (exámenes físicos para deportes) o recreativo.
- Artículos para la comodidad personal

**Terapia de masajes:** La terapia de masajes no está cubierta, a menos que la proporcione un fisioterapeuta autorizado y como parte de un programa de fisioterapia de rehabilitación a corto plazo prescrito.

**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 la persona que, con un conocimiento promedio de salud y medicina, busca atención médica por lo que razonablemente parece ser una afección aguda que requiere atención médica, incluso si posteriormente 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 fórmulas y productos alimenticios especiales cuando se prescriben para el tratamiento de la fenilketonuria u otros errores innatos del metabolismo que involucran aminoácidos, de conformidad con la sección “Fenilketonuria (PKU)” del presente Acuerdo.

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

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

- Cirugía que, a juicio de un médico proveedor participante especializado en cirugía reconstructiva, ofrece solo una mejora mínima en la apariencia
- Cirugía que se realiza para alterar o remodelar las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia. Las cirugías médicamente necesarias no están incluidas.

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

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

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

**Servicios no aprobados por la FDA:** No se cubre ningún medicamento, suplemento, prueba, vacuna, dispositivo, material radioactivo ni cualquier otro servicio que, por ley, requiera la aprobación de la FDA para su venta en los EE. UU. y que no cuente con dicha aprobación. Esta exclusión se aplica a los servicios prestados en cualquier lugar, incluso fuera de los EE. UU.; por otra parte, esta exclusión no se aplica a los Servicios cubiertos conforme a la sección “Ensayos clínicos aprobados”. Consulte la sección Apelaciones y quejas 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 primaria, la atención médica preventiva, la atención primaria, el cuidado especializado y los servicios para pacientes internados cuando se suministran fuera del área de servicio. Cuando la muerte ocurre fuera de los Estados Unidos, no se cubre la evacuación médica ni la repatriación de los restos. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente para obtener más información.

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

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

**Disfunción sexual:** El tratamiento de la disfunción sexual, independientemente de la causa, incluso, 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 sustitución no están cubiertos, excepto los servicios cubiertos proporcionados a una Miembro que sea una madre subrogada. Un acuerdo de sustitución es uno en el que una mujer (sustituta) se compromete a quedar embarazada y a entregar al bebé a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño.

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

**Servicios atención de la vista:** Molina no cubre lo siguiente, a menos que se indique específicamente en el acuerdo:

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

## RECLAMACIONES

**Procesamiento de Reclamos:** 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 en un plazo de 45 días calendario (reclamo manual) y 30 días calendario (reclamo electrónico) posteriores a la recepción de un reclamo presentado con toda la documentación médica pertinente y que cumpla con las pautas y los requisitos de facturación de Molina.

**Aviso de reclamo:** Los avisos de reclamo por escrito deben enviarse a la compañía de seguros en los veinte días posteriores a la ocurrencia o el comienzo de pérdidas cubiertas por la póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible. El aviso dada por el asegurado o en nombre de este o del beneficiario a la compañía de seguros en PO Box 3887, Albuquerque, NM 87190, o a agentes autorizados de la compañía de seguros, con información suficiente para identificar al asegurado, se considerará notificación a la compañía de seguros.

**Miembros que presentan un reclamo (formularios):** Molina Healthcare, al recibir una notificación de reclamo de un miembro, le proporcionará los formularios que normalmente proporciona Molina Healthcare para presentar pruebas de pérdida (si dichos formularios adicionales son apropiados y requeridos por Molina) con respecto a dichos reclamos. Si Molina Healthcare no proporciona dichos formularios requeridos al miembro en los 15 días posteriores a que el aviso de reclamo se haya entregado 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 esta 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 el reclamo.

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

Para los servicios médicos cubiertos, los miembros deben enviar esta información por correo al Departamento de 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.

La falta de presentación de dicha prueba dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá los reclamos si no fue razonablemente posible presentar dicha prueba en dicho plazo, siempre que dicha prueba se proporcione tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un año desde el momento en que se requiere prueba.

Las indemnizaciones pagaderas en virtud de este Acuerdo por pérdidas, que no sean pérdidas para las cuales esta póliza establece un pago periódico, se pagarán inmediatamente después de recibir la debida prueba escrita de dicha pérdida. Sujeto a la debida prueba escrita de la pérdida, todas las indemnizaciones acumuladas por pérdidas para las cuales la póliza establece que los pagos periódicos serán en 30 días calendario y que el saldo restante impago tras la terminación de la responsabilidad se pagará inmediatamente después de recibir la debida prueba escrita. Se debe presentar prueba de pérdida por escrito a Molina en dicha oficina en caso de reclamo por pérdida para la cual esta póliza proporciona cualquier pago periódico sujeto a pérdida continua en los

noventa días posteriores a la terminación del período por el cual Molina es responsable y en caso de reclamo por otras pérdidas en los noventa días siguientes a la fecha de dicha pérdida. La falta de presentación de dicha prueba dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá los reclamos si no fue razonablemente posible presentar dicha prueba en dicho plazo, siempre que dicha prueba se proporcione tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un año desde el momento en que se requiere prueba.

Para los medicamentos recetados cubiertos, los miembros deben completar un Formulario de reembolso que se encuentra en la sección de Formularios de [MolinaMarketplace.com](http://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 un reclamo en virtud de su cobertura. El miembro recibirá una respuesta en un plazo de 30 días calendario. Si se acepta la reclamación, se enviará por correo un cheque de reembolso al Miembro. En cambio, si se deniega la reclamación, el miembro recibirá una carta en la que explicará el motivo de dicha denegación. Si el miembro no está de acuerdo con la denegación, puede presentar una apelación como se describe en este Acuerdo.

**Pago de facturas:** Los miembros deben consultar el SBC para conocer sus responsabilidades de costo compartido para los servicios cubiertos. Los miembros pueden ser responsables de pagar el precio total de los servicios en los siguientes casos:

El miembro solicita y recibe servicios médicos que no son servicios cubiertos. Excepto en el caso de 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 ciertos pagos de terceros:** Molina acepta pagos de primas y costos compartidos de las siguientes entidades externas para los afiliados al plan según lo exige la ley estatal:

- Un Programa Ryan White sobre VIH/SIDA bajo el título XXVI de la Ley del Servicio de Salud Pública;
- Una tribu indígena, organización indígena u organización urbana indígena.
- Un programa de gobierno local, estatal o federal, incluso un concesionario dirigido por un programa del gobierno para hacer pagos en su nombre.

**Pago de reclamos por miembro fallecido:** Los reclamos presentados por un miembro por servicios cubiertos recibidos por un miembro fallecido (cuando dicho miembro estaba vivo) serán pagaderos de acuerdo con la designación del beneficiario y las disposiciones relativas a dichos pagos. Si no se proporciona dicha designación o disposición, los

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

reclamos serán pagaderos al patrimonio del miembro fallecido. Otros reclamos impagos al momento del fallecimiento del miembro podrán, a opción de Molina, pagarse a dicho beneficiario o a dicho patrimonio. Todos los demás reclamos serán pagaderos al miembro o al proveedor de atención médica, a opción de Molina Healthcare.

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

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

**Cambios en las primas y los costos compartidos:** Los cambios a este Acuerdo, incluso, entre otros, cambios en las primas o los servicios cubiertos, el deducible, el copago, el coseguro y los montos de OOPM, entra en vigencia después de 60 días de notificación a la dirección registrada del suscriptor en Molina.

**Exploraciones físicas y autopsia:** Molina Healthcare, 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 pendencia de un reclamo en virtud del presente documento, y de hacer una autopsia en caso de muerte del miembro, cuando no esté prohibido por las leyes.

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

**Exención:** 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, al aceptar la inscripción desde el Marketplace o al proporcionar atención médica en función de lo siguiente:

- Estado de salud
- Afección médica, incluso las enfermedades físicas y mentales
- Experiencia de reclamos
- Recepción de atención médica
- Historial clínico
- Información genética
- Pruebas de asegurabilidad, incluso las afecciones resultantes 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
- Otros factores relacionados con el estado de salud que el superintendente especifique en las reglas de la oficina del superintendente de seguros
- Identidad de género o condición de transgénero

Los contactos de New Mexico para la Oficina de Atención Médica Administrada y la Oficina del Procurador General del Estado de New Mexico son los siguientes:

Managed Health Care Bureau  
Office of Superintendent of Insurance  
P.O. Box 1689  
Santa Fe, NM 87504-1689  
Teléfono: 1-505-827-4601  
Número gratuito: 1-855-427-5674  
[www.osi.state.nm.us](http://www.osi.state.nm.us)

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

Para completar el Formulario de queja del consumidor en línea o descargar el formulario en inglés o 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, reclamos por dinero adeudado, beneficios, reclamos u obligaciones bajo este documento sin contar con el consentimiento previo de Molina por escrito. Molina puede rehusarse a dar su consentimiento, a su propia discreción.

**Ley vigente:** 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 vinculará a Molina y a 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:** Los dependientes del suscriptor cubiertos en virtud de este Acuerdo tendrán derecho a continuar la cobertura en virtud de este Acuerdo o a inscribirse en otros productos del plan de salud en el Marketplace en el momento aplicable ante

- la muerte del suscriptor.
- El divorcio, la anulación o la disolución del matrimonio o separación legal del cónyuge del suscriptor.

Cuando dicha continuación de la cobertura se realiza en nombre del cónyuge del suscriptor, dicha cobertura puede, a opción del cónyuge, incluir cobertura para los hijos dependientes de quienes el cónyuge tiene responsabilidad de cuidado y manutención. 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 la cobertura en virtud de este Acuerdo no existirá con respecto a ningún miembro de la familia cubierto del suscriptor en caso de que la cobertura bajo este producto termine (a) por cancelación de este Acuerdo por parte del suscriptor, (b) falta de pago de la prima, (c) la no renovación de este Acuerdo o (d) el vencimiento del plazo por el cual este Acuerdo se ha emitido. Con respecto a los miembros de la familia cubiertos que sean elegibles para recibir Medicare u otros programas de seguro médico federal o estatal similares, el derecho a la continuación de la cobertura conforme a esta sección estará limitado según lo dispuesto por la ley aplicable. Las personas que califican para Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés)/insuficiencia renal podrán continuar con su cobertura en virtud de este Acuerdo y continuar recibiendo crédito fiscal federal para las primas, si el Marketplace las considera elegibles.
- La cobertura continuada en virtud de este Acuerdo o en virtud de otros productos que Molina esté ofreciendo en el Marketplace en el momento correspondiente se brindará a una tarifa razonable y no discriminatoria, según lo permita la ley aplicable, y consistirá en una forma de cobertura que luego ofrezca Molina. Las coberturas continuas según lo dispuesto en esta sección “Continuación de la

cobertura” contendrán disposiciones de renovación que no sean menos favorables para el nuevo suscriptor que aquellas estipuladas en este Acuerdo.

- Molina proporcionará a cada miembro de la familia cubierto en virtud de este Acuerdo que tenga 18 años de edad o más una declaración que establezca en forma resumida 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 aplicable en los 30 días siguientes a la fecha en que la cobertura en virtud de este Acuerdo finalice según lo especificado en las disposiciones de terminación de este Acuerdo.
- Los derechos establecidos en esta sección solo podrán ejercerse en la medida que lo establezca la ley aplicable. Por ejemplo, un miembro de la familia cubierto según este Acuerdo o el hijo dependiente de dicha persona aún debe cumplir con los requisitos de elegibilidad e inscripción establecidos por el Marketplace u otras leyes aplicables para la inscripción en productos del plan de salud y la recepción de créditos fiscales asequibles para reducir el costo de dichos productos. puede estar disponible bajo la Ley de Atención Médica Asequible.
- Además, dado que la Ley de Atención Médica Asequible pone a disposición del miembro y sus dependientes varias opciones de cobertura de salud sobre una base de emisión garantizada, esta sección solo se aplicará a los dependientes del miembro si Molina está obligada, en ese momento, por la ley aplicable a brindar dicha cobertura.

**Límite de tiempo para ciertas defensas:** A partir de la fecha de emisión de este Acuerdo, no se podrán utilizar declaraciones incorrectas, excepto declaraciones erróneas fraudulentas o deliberadas, hechas por el miembro en la solicitud de este Acuerdo para anular el Acuerdo o denegar un reclamo por pérdida incurrida o discapacidad (tal como se define en el Acuerdo).

En caso de que se realice una declaración errónea en una solicitud que no sea fraudulenta o intencionada, Molina puede calificar y cobrar del asegurado la prima que se le habría cobrado al momento de emitir el Acuerdo si no se hubiera cometido dicha declaración errónea.

**Los derechos de los padres con custodia:** Cuando un niño tiene cobertura médica a través de un padre o una madre sin custodia, Molina proporcionará al padre o a la madre con custodia la información que pueda ser necesaria para que el niño obtenga beneficios a través de esa cobertura; permitir que el padre o la madre con custodia o el proveedor de atención médica, con la aprobación del padre o de la madre con custodia, presente reclamos por servicios cubiertos sin la aprobación del padre o de la madre sin custodia; y realizar pagos sobre reclamos presentados de acuerdo con la ley de New Mexico directamente al padre o a la 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 la cobertura de seguro médico de un padre o una madre con custodia, a menos que estos derechos hayan sido rescindidos por orden judicial o sentencia de divorcio. Los padres sin custodia pueden comunicarse con Molina, obtener y proporcionar la información necesaria, que incluye, entre otros, información del proveedor de atención médica, información de reclamos e información de beneficios/ servicios para ese niño.

**Miembros elegibles para Medicaid:** Molina pagará al Departamento de Servicios Humanos de New Mexico (“HSD”) los beneficios de indemnización pagadero por Molina en nombre de un miembro cuando:

- El HSD haya pagado o esté pagando beneficios en nombre del miembro en virtud del programa Medicaid del estado de conformidad con el Título XIX de la Ley federal de Seguridad Social, 42 USC 1396, et seq.;
- El HSD haya realizado el pago de los servicios en cuestión al proveedor de Medicaid.
- Se notifica a Molina que el miembro recibe beneficios en virtud del programa Medicaid y que los beneficios de indemnización pagaderos por Molina deben pagarse directamente al HSD (el aviso se puede realizar mediante un adjunto al reclamo del HSD por los beneficios de indemnización cuando el reclamo se presenta por primera vez por el HSD a Molina).
- Las pólizas o certificados individuales o de salud entregados, emitidos para entrega o renovados en New Mexico en la fecha de vigencia de este acuerdo o después de esta no contendrán disposiciones que nieguen o limiten los beneficios del seguro porque los servicios se prestan a un asegurado que es elegible o que ha recibido asistencia médica en virtud del programa Medicaid de este estado.

**Miembros elegibles para Medicare:** Cada miembro con derecho a cobertura de Medicare debe notificar a Molina por escrito.

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

Los miembros deben consultar con su proveedor de atención primaria antes de participar. El programa de bienestar es opcional y los beneficios están disponibles sin costo adicional para los miembros elegibles. Las recompensas y los beneficios del programa

están disponibles para el canje solo mientras el suscriptor o el dependiente elegible esté actualmente inscrito en un plan de salud del Molina Marketplace. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

## **PROCEDIMIENTO DE QUEJAS Y APELACIÓN DE MIEMBROS**

El procedimiento de quejas y apelaciones de Molina Healthcare es supervisado por nuestra Unidad de Quejas y Apelaciones. Su objetivo es resolver las cuestiones y preocupaciones de los miembros. Molina le proporcionará al miembro una copia escrita de nuestro proceso de quejas y apelaciones a petición. Molina nunca tomará represalias contra un miembro de ninguna manera por presentar una reclamación o apelación.

### **Resumen de los procedimientos de quejas sobre seguros médicos**

Este es un resumen del proceso que debe seguir cuando solicita una revisión de una decisión de su aseguradora. Molina le proporcionará información detallada y formularios de quejas en cada paso. Además, puede revisar las regulaciones completas de New Mexico que controlan el proceso bajo la página de la **Oficina de atención médica administrada** que se encuentra debajo de la pestaña **Departamentos** en el sitio web de la Oficina del Superintendente de Seguros (OSI), ubicada en [www.osi.state.nm.us](http://www.osi.state.nm.us). También puede solicitar una copia a Molina a: [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com) o desde OSI llamando al 1-505-827-4601 o gratis al 1-855-427-5674.

### **Autorización previa**

#### **¿Cómo funciona la preautorización o autorización previa para un servicio de atención médica?**

Cuando su aseguradora recibe una solicitud para preautorizar el pago de un servicio (servicio) de atención médica o una solicitud para reembolsar a su proveedor (proveedor) de atención médica por un servicio que ya recibió, sigue un proceso de dos pasos.

**Cobertura:** Primero, la aseguradora determina si el servicio solicitado está cubierto según los términos de su plan (póliza) de beneficios de salud. Por ejemplo, si la póliza excluye el pago por la equinoterapia, entonces su aseguradora no aceptará pagar para que usted o su hijo la reciban, incluso si tienen una clara necesidad de ello.

**Necesidad médica:** Luego, si la aseguradora determina que el servicio solicitado está cubierto por la póliza, determina, en consulta con un médico, si el servicio solicitado es médicamente necesario. El médico consultor determina la necesidad médica después de consultar con especialistas expertos en el área o después de la aplicación de estándares uniformes utilizados por la aseguradora. Por ejemplo, si tiene una lesión incapacitante en la mano que podría corregirse mediante cirugía plástica y también solicita que su aseguradora pague la cirugía plástica cosmética para darle una nariz más atractiva, su aseguradora puede aprobar su primera solicitud de cirugía de mano pero desaprobar la segunda solicitud por falta de necesidad médica.

**Servicios experimentales o de investigación:** Dependiendo de los términos de la póliza, la aseguradora también podría denegar la autorización si el servicio que solicita

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

está fuera del alcance de la póliza. Por ejemplo, si la póliza no cubre procedimientos experimentales y el servicio que solicita está catalogado como experimental, la aseguradora puede denegar la autorización. La aseguradora también podría denegar la autorización si un procedimiento que su proveedor ha solicitado no se reconoce como tratamiento estándar para la afección que se está tratando.

**IMPORTANTE:** Si la aseguradora determina que no certificará la solicitud de servicios, aún puede continuar con el tratamiento o procedimiento. **Sin embargo**, usted será responsable de pagarle al proveedor los servicios.

### ¿Cuánto tiempo lleva la revisión de la autorización previa?

**Decisión de autorización previa del cronograma estándar:** La aseguradora debe tomar una decisión de autorización previa para la mayoría de los beneficios en un plazo de 7 días hábiles. Se aplica un cronograma de decisión estándar a las solicitudes de certificación de beneficios que no son urgentes. Por ejemplo, una solicitud de certificación de beneficios estándar puede implicar atención quirúrgica, como una cirugía de reemplazo de cadera de rutina. Una aseguradora debe tomar una decisión inicial sobre una solicitud estándar de excepción a los requisitos de terapia escalonada o al formulario de medicamentos de una aseguradora en un plazo de 24 horas en el caso de solicitudes de atención urgente y de 72 horas en el caso de solicitudes de atención estándar. Un requisito de terapia escalonada significa probar un medicamento menos costoso antes de “pasar el paso” a una opción más costosa. Solicitar una excepción a este requisito significa solicitar que se omita el medicamento menos costoso. Una solicitud de excepción al formulario de medicamentos significa solicitar la cobertura de un medicamento que no está en el formulario.

### ¿Qué pasa si necesito servicios con urgencia?

**Situación de atención de urgencia:** Una **situación de atención de urgencia** ocurre cuando se necesita una decisión rápida de la aseguradora porque: **(1)** la demora pondría en peligro su vida o su salud; **(2)** la demora pondría en peligro su capacidad para recuperar la función máxima; **(3)** el médico con conocimiento de su afección médica **razonablemente** solicita una decisión acelerada; **(4)** el médico, con conocimiento de su afección médica o de salud conductual, cree que la demora lo sometería a un dolor o daño grave que no se puede controlar adecuadamente sin la atención o el tratamiento solicitado; o **(5)** las demandas médicas o de salud conductual de su caso requieren una decisión acelerada.

Si se enfrenta a una situación de atención urgente o su aseguradora le ha notificado que el pago por un tratamiento en curso que ya está recibiendo se está reduciendo o descontinuo, usted o su proveedor pueden solicitar una revisión acelerada y la aseguradora debe autorizar o rechazar la solicitud inicial rápidamente. La aseguradora deberá tomar su decisión inicial de acuerdo con las exigencias médicas del caso, pero en las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud de decisión **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 proceso de reclamo una vez que haya pasado la emergencia. Una compañía de seguros no puede exigirle que obtenga autorización previa para recibir atención de emergencia.**

### ¿Cuándo se me notificará que mi solicitud inicial se ha certificado o rechazado?

La compañía de seguros debe notificarle la decisión sobre su solicitud inicial en los plazos del período de certificación inicial enumerados anteriormente. Si la compañía de seguros rechaza la solicitud de certificación, debe informarle sobre su derecho a apelar.

## Apelaciones de denegaciones

### ¿Qué tipos de decisiones se pueden apelar?

Podrá solicitar recursos de dos tipos diferentes de decisiones:

**Determinación adversa:** Una determinación adversa por parte de una aseguradora incluye decisiones de negar o limitar la cobertura según la necesidad médica. Esta denegación de necesidad médica puede ocurrir antes del servicio, mediante la denegación de una autorización previa, o después del servicio, cuando una compañía de seguros se niega a pagar un reclamo. Si una compañía de seguros ha determinado de manera adversa que el tratamiento en curso que estaba cubierto anteriormente ya no estará cubierto, la aseguradora debe notificárselo *antes* de poner fin o limitar esa cobertura. Este tipo de denegación también puede incluir una negativa a cubrir un servicio para el cual se podrían proporcionar beneficios porque se determina que el servicio es experimental, de investigación o 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 según su elegibilidad para la cobertura. Por ejemplo, la decisión de una compañía de seguros de dejar de ofrecerle cobertura porque cree que usted se mudó fuera del estado es una determinación adversa. ***Usted puede solicitar una apelación de cualquier tipo de determinación adversa.***

**Decisión administrativa:** También puede solicitar una apelación si tiene objeciones a la forma en que la aseguradora maneja otros asuntos, como sus prácticas administrativas que afectan la disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de atención médica; pago, tramitación o reembolso de reclamaciones por servicios de atención médica; o si su cobertura se ha cancelado.

## Cómo apelar una decisión o presentar una queja

### Si se rechaza mi solicitud inicial, ¿cómo puedo apelar esta decisión?

Si se rechaza su solicitud inicial de servicios o no está satisfecho con la forma en que su aseguradora maneja un asunto administrativo, recibirá una descripción escrita detallada de los procedimientos de queja de su aseguradora, así como formularios e instrucciones detalladas para solicitar una revisión. Puede enviar la solicitud de revisión de forma oral o por escrito, según los términos de la póliza. La aseguradora proporciona representantes que han sido capacitados para ayudarle con el proceso de solicitud de

una revisión. Esta persona puede ayudarle a completar los formularios necesarios y a recopilar la información que necesita para enviar la solicitud. Para obtener ayuda, comuníquese con la oficina de asistencia al consumidor de la aseguradora de la siguiente manera:

Teléfono: 1 (888) 295-7651 o si tiene problemas de audición, 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 queja y solicite específicamente ayuda para presentar una apelación o queja.

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 del Superintendente de Seguros de Atención Médica Administrada de New Mexico en:

Teléfono: 1-(505) 827-4601 o sin costo 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

N.º de FAX: (505) 827-4253, Attn: MHCB

Correo electrónico: [mhcb.grievance@osi.nm.gov](mailto:mhcb.grievance@osi.nm.gov)

### **Revisión de una determinación adversa**

#### **¿Quién puede solicitar una revisión?**

Usted como paciente, su proveedor o alguien que usted seleccione para actuar en su nombre puede solicitar una revisión. 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 a la que se le niega el beneficio médico se llama “**agraviado**”. Si está seleccionando a alguien para que actúe en su nombre, como un proveedor, es posible que deba completar un formulario designando a esa persona como su representante en la apelación.

#### **Apelar una determinación adversa de cobertura o necesidad médica: revisión de primer nivel**

Si no está satisfecho con la decisión inicial de su aseguradora, tiene derecho a solicitar que la decisión de la aseguradora sea revisada por su director médico. El director médico podrá decidir con base en los términos de la póliza, podrá optar por contactar a un especialista o al proveedor que haya solicitado el servicio en su nombre, o podrá confiar en los estándares de la aseguradora o en estándares generalmente reconocidos.

#### **¿Cuánto tiempo tengo para hacer decidir si deseo solicitar una revisión?**

Debe notificar a la aseguradora que desea solicitar una revisión interna en los **180 días** posteriores a la fecha en que se le notifique que la solicitud inicial se ha denegado.

#### **¿Qué tengo que proporcionar? ¿Qué más puedo aportar?**

Si solicita que la aseguradora revise su decisión, puede pedirle que le proporcione una lista de los documentos que debe proporcionar y le proporcionará todos sus registros

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

y otra información que el director médico considerará al revisar su caso. También puede proporcionar información adicional que le gustaría que el director médico considere, como una declaración o recomendación de su médico, una declaración escrita suya o estudios clínicos publicados que respalden su solicitud.

### ¿Cuánto tiempo lleva una revisión interna de primer nivel?

**Revisión acelerada.** Si una solicitud de revisión involucra una situación de atención urgente, su aseguradora debe completar una revisión interna acelerada según lo requieran las demandas médicas del caso, pero en ningún caso más tarde de 72 horas desde el momento en que se recibió la solicitud de revisión interna.

**Revisión estándar.** Su aseguradora debe completar tanto la revisión del director médico como (si luego la solicita) la revisión del panel interno de la aseguradora en los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud de revisión previa al servicio o en un plazo de 60 días si ya recibió el servicio.

#### **El director médico negó mi solicitud. ¿Y ahora qué?**

Si no está satisfecho después de la revisión del director médico, puede solicitar una revisión por parte de un panel seleccionado por la aseguradora o puede omitir este paso y solicitar que su solicitud sea revisada por una IRO designada por el superintendente.

- Si solicita que el panel de la aseguradora revise su solicitud, entonces tiene derecho a comparecer ante el panel en persona o por teléfono o a que alguien (incluso su abogado)

<p><b>IMPORTANTE: Si está cubierto por la Ley de Compra de Atención Médica del Estado de New Mexico como empleado público, NO puede solicitar una revisión de la IRO si se salta la revisión del panel.</b></p>
---

comparezca con usted o en su nombre. Puede enviar información que desee que el panel considere y hacer preguntas a los miembros del panel. Su proveedor de atención médica también puede dirigirse al panel o enviar una declaración por escrito.

- Si decide omitir la revisión del panel, tendrá la oportunidad de enviar su información para que la IRO la revise, pero no podrá presentarse en persona ni por teléfono. La OSI puede ayudarle a enviar su información a la IRO.

### ¿Cuánto tiempo tengo para tomar una decisión?

Si desea que la solicitud sea revisada por el panel de la aseguradora, debe informar a la aseguradora en un plazo de **5 días** después de recibir la decisión del director médico. Si desea omitir la revisión del panel de la aseguradora y que su asunto vaya directamente a la IRO, debe informar a OSI su decisión en un plazo de **4 meses** después de recibir la decisión del director médico.

### ¿Qué sucede durante la revisión por parte de un panel?

Si 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 la solicitud se rechazó porque la aseguradora consideró que los servicios solicitados no eran médicamente necesarios, eran experimentales o 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 brindarle información sobre la fecha de la audiencia del panel para que pueda coordinar su asistencia en persona o por

teléfono o coordinar que alguien asista con usted o en su nombre. Puede revisar toda la información que la aseguradora proporcionará al panel y enviar información adicional que desee que el panel considere. Si asiste a la audiencia en persona o por teléfono, puede hacer preguntas a los miembros del panel. Su proveedor médico también puede asistir en persona o por teléfono, dirigirse al panel o enviar una declaración por escrito. El panel interno de la aseguradora debe completar su revisión en los 30 días siguientes a la solicitud original de revisión interna de una solicitud de precertificación o en los 60 días siguientes a su solicitud original si ya recibió los servicios. Se le notificará en las 24 horas posteriores a la decisión del panel o antes si es médicamente necesario. Si no proporciona registros u otra información que la aseguradora necesita para completar la revisión, se le dará la oportunidad de proporcionar los elementos faltantes, *pero* el proceso de revisión puede tardar mucho más y se verá obligado a esperar una decisión.

**Pista:** Si necesita tiempo adicional para prepararse para la revisión del panel, puede solicitar que la revisión del panel se retrase por un máximo de 30 días.

### **Si decido que el panel de la aseguradora revise mi solicitud, ¿aún así puedo solicitar la revisión de la IRO?**

Sí. Si la solicitud ha sido revisada por el panel de la aseguradora y aún no está satisfecho con la decisión, tendrá **4 meses a partir de la fecha de la decisión del panel** para solicitar una revisión por parte de una IRO.

### **¿Qué es una IRO y qué hace?**

Una IRO (Organización de revisión independiente) es una organización certificada designada por OSI para revisar las solicitudes que han sido rechazadas por una aseguradora. La IRO emplea a varios profesionales médicos y de otro tipo de todo el país para realizar revisiones. Una vez que la OSI selecciona y nombra una IRO, la IRO asignará uno o más profesionales que tengan credenciales específicas que los califiquen para comprender y evaluar las cuestiones específicas de una solicitud. Dependiendo del tipo de problema, la IRO puede asignar un solo revisor para considerar su solicitud, o puede asignar un panel de revisores. La IRO debe asignar revisores que no tengan conocimiento previo del caso y que no tengan una asociación cercana con la aseguradora ni con usted. El revisor considerará toda la información proporcionada por la aseguradora y por usted. (La OSI puede ayudarle a enviar su información a la IRO). Para decidir, el revisor también puede fundamentarse 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 debe cumplir con la decisión de la IRO. Si la IRO determina que se deben proporcionar los servicios solicitados, entonces la aseguradora debe proporcionarlos.

***Los honorarios de la IRO se facturan directamente a la aseguradora; no se le cobran cargos a usted por este servicio.***

### **¿Cuánto tiempo lleva una revisión de la IRO?**

La IRO debe completar la revisión e informar en los 20 días posteriores a la recepción de la información necesaria para la revisión. (Sin embargo, si se le ha pedido a la IRO que proporcione una revisión acelerada con respecto a un asunto de atención urgente, la IRO debe informar en las 72 horas posteriores a recibir toda la información que necesita para revisar el asunto).

### **Revisión por el Superintendente de Seguros**

Si no está satisfecho después de la revisión de la IRO, es posible que aún pueda hacer que el Superintendente revise el asunto. Puede enviar la solicitud directamente a la OSI **en los 20 días siguientes 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 a la audiencia y hablar. También puede pedir que otras personas testifiquen en la audiencia. El superintendente puede nombrar funcionarios coauditores independientes para escuchar el asunto y hacer una recomendación.

Los funcionarios coauditores brindarán una recomendación al superintendente en los 30 días posteriores a la finalización de la audiencia. El superintendente entonces emitirá una orden final.

**No hay cargos para usted por una revisión por parte del Superintendente de Seguros y los honorarios de los oficiales de audiencia se facturan directamente a la aseguradora. Sin embargo, si usted hace arreglos para ser representado por un abogado o sus testigos requieren una tarifa, deberá pagar esos honorarios.**

### **Revisión de una decisión administrativa**

#### **¿Cuánto tiempo tengo para decidir si quiero apelar y cómo inicio el proceso?**

Si no está satisfecho con una decisión administrativa inicial tomada por su aseguradora, tiene derecho a solicitar una revisión interna en los **180 días** posteriores a la fecha en que se le notifique la decisión. La aseguradora le notificará en los 3 días posteriores a la recepción de su solicitud de revisión y revisará el asunto de inmediato. Puede enviar información relevante para ser considerada por el revisor.

#### **¿Cuánto tiempo lleva una revisión interna de una decisión administrativa?**

La aseguradora le enviará por correo una decisión en los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud de revisión de una decisión administrativa.

#### **¿Puedo apelar la decisión del revisor interno?**

Sí. Tiene **20 días** para solicitar que la aseguradora forme un comité para reconsiderar su decisión administrativa.

#### **¿Qué hace el comité de reconsideración? ¿Cuánto tiempo se tarda?**

Cuando la aseguradora reciba la solicitud, nombrará dos o más miembros para formar un comité para revisar la decisión administrativa. Los miembros del comité deben ser representantes de la compañía que no participaron ni en la decisión inicial ni en la revisión interna. El comité se reunirá para revisar la decisión en los 15 días posteriores

a que la aseguradora reciba su solicitud. Se le notificará al menos 5 días antes de la reunión del comité para que pueda brindar información o asistir a la audiencia en persona o por teléfono.

Si no puede prepararse para la audiencia del comité dentro del tiempo establecido por la aseguradora, puede solicitar que la audiencia del comité se posponga hasta por 30 días. El comité de reconsideración le enviará su decisión por correo en los 7 días posteriores a la audiencia.

### **¿Cómo puedo solicitar una revisión externa?**

Si no está satisfecho con la decisión del comité de reconsideración, puede pedirle al Superintendente que revise el asunto en un plazo de **20 días** después de recibir la decisión por escrito de la aseguradora. Puede enviar la solicitud a la OSI mediante los formularios proporcionados por la aseguradora. Los formularios también están disponibles en el sitio web de la OSI ubicado en [www.osi.state.nm.us](http://www.osi.state.nm.us). También puede llamar a la OSI para solicitar los formularios al (505) 827-4601 o al número gratuito 1-(855)-427-5674.

### **¿Cómo funciona la revisión externa?**

Al recibir la solicitud, el Superintendente solicitará que tanto usted como la aseguradora presenten información para su consideración. La aseguradora tiene 5 días para proporcionar su información al Superintendente, con copia a usted. También puede enviar información adicional, incluso documentos e informes, para que los revise el Superintendente. El Superintendente revisará toda la información recibida tanto de usted como de la aseguradora y emitirá una decisión final en los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud completa de revisión externa. Si necesita tiempo adicional para recopilar información, puede solicitar una extensión de hasta 90 días. Las extensiones harán que el proceso de revisión y decisión tomen más tiempo.

## **Información general**

### **Confidencialidad**

Las personas que entren en contacto con sus registros personales de atención médica durante el proceso de queja deben proteger sus registros de conformidad con las leyes y regulaciones estatales y federales de confidencialidad del paciente. De hecho, el proveedor y la aseguradora no pueden revelar sus registros, ni siquiera a la OSI, hasta que usted haya firmado una autorización.

### **Necesidades especiales y diversidad cultural y lingüística**

La información sobre los procedimientos de quejas se proporcionará en medios accesibles o en un idioma diferente a pedido de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables. Llame al número de asistencia al consumidor que se encuentra en el reverso de su tarjeta de seguro para obtener ayuda.

***El resumen anterior ha sido proporcionado por la Oficina del Superintendente de Seguros.***

***Esto no es asesoramiento legal y es posible que usted tenga otros derechos legales que no se analizan en estos procedimientos.***

#### Información general de costos compartidos:

- Todos los costos compartidos (incluso copagos, deducibles, coseguros o cargos similares) requeridos de las personas cubiertas por la aseguradora de atención médica o el plan de atención médica administrado para la prestación de servicios de atención médica serán razonables e incluirán impuestos estatales y federales aplicables.
- Los requisitos de costo compartido para la prestación de pruebas, vacunación y prestación de servicios de atención médica para la COVID-19 (incluso pruebas/detección de neumonía e influenza, tratamiento para la neumonía debido a o como resultado de una infección por COVID-19 y tratamiento para la influenza) o enfermedades o afecciones que sean la causa o el tema de una emergencia de salud pública son presuntamente irrazonables y están prohibidos. Para efectos de esta regla, existe una emergencia de salud pública cuando es declarada por el estado de New Mexico o el gobierno federal.
- Los requisitos de costos compartidos, incluso variaciones en los requisitos de contribución según el tipo de servicio de atención médica prestado o proveedor utilizado, se divulgarán a las personas cubiertas en los contratos del MHCP, los materiales de inscripción y en la evidencia de cobertura.
- A las mujeres cubiertas no se les aplicará un requisito de costo compartido más alto, por encima del costo compartido requerido de todas las personas cubiertas para ser atendidas por un médico de atención primaria, por elegir a un proveedor de atención médica para mujeres como su médico de atención primaria.
- Los servicios de atención médica para enfermedades o afecciones para las cuales el costo compartido esté prohibido según el punto dos de esta sección estarán sujetos a la Ley de Protección de Facturación Sorpresa, Secciones 59A-57A-1 a 13, NMSA 1978 (la "Ley"). Cuando no haya datos disponibles en las bases de datos de evaluación comparativa de la ley para un código de facturación en particular, Molina reembolsará conforme a la ley ciento cincuenta por ciento de la tasa de reembolso de Medicare aplicable para el año en que los datos de evaluación comparativa estén disponibles por primera vez.

#### **La persona cubierta tiene derecho como mínimo a lo siguiente:**

- Servicios disponibles y accesibles cuando sean médicamente necesarios, las 24 horas del día, los siete días de la semana para servicios de atención de urgencia o emergencia y para otros servicios de atención médica según lo define el Acuerdo.
- Ser tratada con cortesía y consideración, y con respeto por la dignidad y la necesidad de privacidad de la persona cubierta.
- Recibir información sobre las políticas y los procedimientos de las aseguradoras de atención médica con respecto a productos, servicios, proveedores, procedimientos de apelación y otra información sobre el MHCP y los beneficios proporcionados.

- Elegir un médico de atención primaria dentro de los límites de los beneficios cubiertos, la red del plan y según lo dispuesto en esta regla, incluso el derecho a rechazar la atención de profesionales de atención médica específicos.
- Recibir del médico o proveedor de la persona cubierta, en términos que la persona cubierta entienda, una explicación de su afección médica completa, el tratamiento recomendado, los riesgos del tratamiento, los resultados esperados y las alternativas médicas razonables, independientemente de las aseguradoras de atención médica o de la posición de Molina sobre las opciones de tratamiento; si la persona cubierta no es capaz de comprender la información, la explicación se proporcionará a su familiar más cercano, tutor, agente o sustituto, si está disponible, y se documentará en el expediente médico de la persona cubierta.
- A todos los derechos otorgados por ley, regla o regulación como paciente en un centro de atención médica autorizado, incluso el derecho a rechazar medicamentos y tratamientos después de que las posibles consecuencias de esta decisión se hayan explicado en un lenguaje que la persona cubierta comprenda.
- Para notificar oportunamente, según lo exige esta regla, de terminación o cambios en beneficios, servicios o red de proveedores.
- Presentar una queja o apelación ante la aseguradora de atención médica o el superintendente y recibir respuesta a esas quejas de conformidad con la ley vigente.
- A la privacidad de los registros médicos y financieros mantenidos por la aseguradora de atención médica y sus proveedores de atención médica, de conformidad con la ley vigente.
- Conocer, previa solicitud, acuerdos o disposiciones financieras entre la aseguradora de atención médica y sus proveedores que pueda restringir las opciones de derivación o tratamiento o limitar los servicios ofrecidos a las personas cubiertas.
- Al acceso adecuado a profesionales de la salud calificados para el tratamiento de los beneficios cubiertos cerca de donde la persona cubierta vive o trabaja dentro del área de servicio.
- En la medida en que esté disponible y sea aplicable a Molina, a atención médica asequible, con límites en los gastos de bolsillo, incluso el derecho a buscar atención de un proveedor no participante, y una explicación de la responsabilidad financiera de una persona cubierta cuando se brindan los servicios por parte de un proveedor no participante o proporcionado sin la autorización previa requerida.
- Si Molina brinda beneficios para cobertura fuera de la red, el derecho a un ejemplo aprobado de la responsabilidad financiera incurrida por una persona cubierta cuando sale de la red; la inclusión de los ejemplos de facturación completos proporcionados por el superintendente disponibles en el sitio web de la división al momento de la presentación del plan se considerará satisfacción de

este requisito; sustituciones o cambios en los ejemplos de facturación de la división requiere la aprobación por escrito del superintendente.

- A información detallada sobre cobertura, beneficios máximos y exclusiones de condiciones, dolencias o trastornos específicos, incluso los beneficios de medicamentos recetados restringidos, y todos los requisitos que una persona cubierta debe seguir para la autorización previa y la revisión de utilización.
- A una explicación completa de por qué se niega la atención, la oportunidad de apelar la decisión ante la revisión interna de la aseguradora de atención médica, el derecho a una apelación secundaria y el derecho a solicitar la asistencia del superintendente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Առկա են նաեւ հաշմանդամութեան ունեցող անձանց համար նախատեսուած օժանդակ վիճակներ եւ ծառայութիւններ, ինչպէս բրայլի եւ մեծ տպագրանակի փաստաթղթեր: Այս ծառայութիւնները անվճար են: (Armenio)

ការយកចំនុចកម្រិត និងនិយមន័យសេវាកម្មសម្រាប់ជនមានការរាងកាយមានការរីកចម្រើនស្របតាមតម្រូវការរបស់ខ្លួន។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការហៅទូរស័ព្ទសម្រាប់សេវាកម្មសម្រាប់ជនមានការរីកចម្រើនស្របតាមតម្រូវការរបស់ខ្លួន (TTY: ៧១១), សេវាកម្មទាំងនេះគឺថ្លៃឥត (Camboyano)

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

توجه: کمک ها و خدمات برای افراد معلول, مانند اسناد بریل

و چاپ بزرگ نیز در دسترس هستند. در صورت نیاز به کمک در زبان خود با خدمات عضو واقع در پشت کارت شناسایی خود تماس بگیرید.

(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. (Alemán)

注意:あなたの言語で助けが必要な場合は、メンバーサービスに電話してください。番号は会員証の裏面に記載されています。(TTY: 711)。

点字や大活字の書類など、障害者のための援助やサービスも利用できます。これらのサービスは無料です。(Japonés)

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하면 회원 서비스에 전화하십시오. 이 번호는 가입자 ID 카드 뒷면에 있습니다. (TTY: 711)입니다.

점자 및 큰 활자로 된 문서와 같은 장애인을 위한 보조 및 서비스도 제공됩니다. 이러한 서비스는 무료입니다. (Coreano)

ຂ້ອນຕະວັງ: 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 ຫວັງ ຂອງ ບັດ ID ຂອງ ທ່ານ. (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. (Laosiano)

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

BAA'ÁKOHWIINIDZIN: Diné t'áá haashí'í yit'éego bich'í' aníhoot'í'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 áldó' hóló. T'áá nizaadí bee shiká'adoowoł nínízingo ninaaltsoos ID nit'í'sí bine'déé' biká'ígíí bee Bii Hada'dít'éhí Bika'anída'wo' bich'í' hodíilnih. (TTY: 711). Díí bee áka'anída'awo'í doo báqáh ilíni 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).  
ਅਪਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪਿੱਟ ਵਿੱਚ ਈਮੇਲ, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ। (Panyabi)

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

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

---

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 serbisyon ng ito ay libre. (Tagalog)

---

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

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

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

---

CHÚ Ý: Nếu bạn cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi cho Dịch vụ Hội viên. Số này nằm ở mặt sau thẻ ID Hội viên của bạn. (TTY: 711).  
Hỗ trợ và dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in lớn, cũng có sẵn. Các dịch vụ này là miễn phí. (Vietnamita)