



An Anthem Company

Essential Plan 4

Contrato Del Suscriptor

New York



An Anthem Company

Essential Plan 4
Contrato del suscriptor
New York

Este es su

CONTRATO DE ESSENTIAL PLAN

Emitido por

EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS

Este es su contrato individual para la cobertura de Essential Plan emitido por Empire BlueCross BlueShield HealthPlus. Este contrato, junto con la Tabla de beneficios adjunta, las solicitudes y cualquier enmienda o cláusula adicional que modifiquen los términos de este contrato constituyen el acuerdo completo entre usted y nosotros.

Usted tiene derecho a devolver este contrato. Examínelo detenidamente. Si no está conforme, puede devolvernos este contrato y solicitarnos que lo cancelemos. Debe enviar su solicitud por escrito dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que recibió este contrato. Le reembolsaremos las primas pagadas, incluso cualquier tarifa contractual u otros cargos.

Renovación

La fecha de renovación de este contrato es 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Este contrato se renovará automáticamente todos los años en la fecha de renovación, a menos que nosotros finalicemos dicho contrato, según lo permita el contrato, o que usted lo finalice por medio de una notificación escrita con 30 días de anticipación.

Beneficios dentro de la red.

Este contrato cubre únicamente los beneficios dentro de la red. Para recibir beneficios dentro de la red, debe recibir atención exclusivamente de los proveedores participantes y las farmacias participantes de la red de Empire que se encuentran dentro de nuestra área de servicio. La atención cubierta según este contrato (incluida la hospitalización) debe ser provista, coordinada o autorizada por adelantado por su proveedor de atención primaria (PCP) y, cuando se requiera, aprobada por nosotros. Para recibir beneficios conforme a este contrato, debe comunicarse con su PCP antes de obtener los servicios, excepto en el caso de los servicios para tratar una condición de emergencia, como se describe en la sección **Servicios de emergencia y atención de urgencia** de este contrato. Excepto en el caso del cuidado de una condición de emergencia o urgencia descrita en la sección de **Servicios de emergencia y atención de urgencia** de este contrato, usted será responsable de pagar el costo de todo el cuidado que sea proporcionado por proveedores no participantes.

**LEA ATENTAMENTE ESTE CONTRATO COMPLETO. AQUÍ SE DESCRIBEN
LOS BENEFICIOS DISPONIBLES EN EL CONTRATO GRUPAL. ES SU
RESPONSABILIDAD ENTENDER LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE
ESTE CONTRATO.**

Este contrato se rige por las leyes del estado de New York.

Cordialmente,

Jennifer Kuhn
Presidente
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus

empireblue.com/nyessentialplan

Servicios prestados por HealthPlus HP, LLC, un licenciario de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

ÍNDICE

SECCIÓN I - DEFINICIONES	4
SECCIÓN II - CÓMO FUNCIONA SU COBERTURA	10
SECCIÓN III - ACCESO A LA ATENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRANSICIÓN	17
SECCIÓN IV - GASTOS DE COSTOS COMPARTIDOS Y MONTO PERMITIDO	20
SECCIÓN V - QUIÉN ESTÁ CUBIERTO	22
SECCIÓN VI - CUIDADO PREVENTIVO	23
SECCIÓN VII - SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIOS Y DE AMBULANCIA	27
SECCIÓN VIII - SERVICIOS DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN DE URGENCIA	29
SECCIÓN IX - SERVICIOS PROFESIONALES Y PARA PACIENTES AMBULATORIOS	32
SECCIÓN X - DISPOSITIVOS, EQUIPOS Y BENEFICIOS ADICIONALES	41
SECCIÓN XI - SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	46
SECCIÓN XII - SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD MENTAL Y POR ABUSO DE SUSTANCIAS	50
SECCIÓN XIII - COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	55
SECCIÓN XIV – BENEFICIOS DE BIENESTAR	65
SECCIÓN XV – PROGRAMA DE MANEJO DE ENFERMEDADES	69
SECCIÓN XVI - BENEFICIOS ADICIONALES PARA CIERTOS SUSCRIPTORES DEL ESSENTIAL PLAN	72
SECCIÓN XVII – EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	75
SECCIÓN XVIII – DETERMINACIONES DE RECLAMACIONES	78
SECCIÓN XIX – PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS	80
SECCIÓN XX – REVISIÓN DE UTILIZACIÓN	82
SECCIÓN XXI – APELACIÓN EXTERNA	91
SECCIÓN XXII – FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA	96
SECCIÓN XXIII – DERECHOS DE SUSPENSIÓN TEMPORAL PARA LOS MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS	98
SECCIÓN XXIV – CLÁUSULAS GENERALES	99
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA	108
SECCIÓN XXV – TABLA DE BENEFICIOS DE EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS	115

SECCIÓN I - DEFINICIONES

Agudo: La aparición de una enfermedad o lesión, o un cambio en la condición del suscriptor que requiera atención médica inmediata.

Monto permitido: El monto máximo en el que se basa nuestro pago para los servicios cubiertos. Consulte la sección **Gastos de costos compartidos y monto permitido** de este contrato para obtener una descripción de cómo se calcula el monto permitido.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro actualmente certificado por la agencia de regulación estatal pertinente para prestar servicios quirúrgicos y servicios médicos relacionados en forma ambulatoria.

Apelación: Una solicitud para que revisemos nuevamente una decisión de revisión de utilización o un reclamo.

Facturación del saldo: Cuando un proveedor no participante le factura la diferencia entre el cargo del proveedor no participante y el monto permitido. Un proveedor participante no puede facturarle más de lo acordado por los servicios cubiertos.

Contrato: Este contrato emitido por Empire BlueCross BlueShield HealthPlus, incluida la Tabla de beneficios y cualquier cláusula adicional adjunta.

Coseguro: Su parte del costo de un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje del monto permitido para el servicio que usted debe pagar a un proveedor. El monto puede variar según el tipo de servicio cubierto.

Copago: Un monto fijo que le paga directamente a un proveedor por un servicio cubierto cuando usted recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio cubierto.

Costos compartidos: Montos que debe pagar por servicios cubiertos, expresados como copagos y/o coseguros.

Cubrir, cobertura o servicios cubiertos: Los servicios médicamente necesarios que nosotros pagamos, coordinamos o autorizamos para usted según los términos y condiciones de este contrato.

Equipo médico duradero (DME): El equipo médico duradero es un equipo que:

- Está diseñado y destinado para el uso constante.
- Se usa principal y comúnmente con propósitos médicos.
- Generalmente no es útil para una persona que no sufre una enfermedad o lesión.
- Es apropiado para uso domiciliario.

Condición de emergencia: Una condición médica o de la conducta que se manifiesta por medio de síntomas agudos de una gravedad tal, incluido el dolor intenso, que llevaría a una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, a creer razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría causar:

- Un grave peligro para la salud de la persona que sufre la condición (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé por nacer); si se trata de una condición de la conducta, un grave peligro para la salud de la persona afectada u otras personas.
- Un daño grave en las funciones corporales de la persona.
- Una disfunción grave de algún órgano o de alguna parte del cuerpo de la persona.
- Una desfiguración grave en la persona.

Atención del departamento de emergencias: Los servicios de emergencia que recibe en el departamento de emergencias de un hospital.

Servicios de emergencia: Un examen médico de detección que se encuentra dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un hospital, incluidos los servicios auxiliares disponibles habitualmente para el departamento de emergencias para evaluar la condición de emergencia; y dentro de las capacidades del personal y de las instalaciones disponibles en el hospital, como exámenes médicos y tratamientos adicionales según se requiera para estabilizar al paciente. “Estabilizar” es proporcionar el tratamiento médico para una condición de emergencia que se pueda necesitar para garantizar, dentro de la probabilidad médica razonable, que no haya posibilidad de un deterioro significativo de la condición durante el traslado del paciente desde un centro o para el parto de un recién nacido (incluye la placenta).

Exclusiones: Los servicios médicos que no pagamos ni cubrimos.

Agente de apelación externa: Una entidad que ha sido certificada por el Departamento de Servicios Financieros del estado de New York para realizar apelaciones externas de acuerdo con las leyes de New York.

Centro: Un hospital, centro quirúrgico ambulatorio, centro de maternidad, centro de diálisis, centro de rehabilitación, centro de enfermería especializada, hospicio, agencia de cuidado médico en el hogar o agencia de servicios de cuidado médico en el hogar certificados o autorizados según el Artículo 36 de la Ley de Salud Pública de New York, un centro oncológico nacional certificado por el departamento de salud dentro de nuestra área de servicio; un centro de atención integral para trastornos alimentarios conforme al Artículo 30 de la Ley de Salud Mental de New York y un centro definido en la Sección 1.03 de la Ley de Salud Mental de New York, certificado por la Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones del estado de New York, o certificado según el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de New York (o, en otros estados, un centro autorizado o certificado de manera similar). Si recibe tratamiento por un trastorno de abuso de sustancias fuera del estado de New York, un centro también incluye uno que esté acreditado por la Joint Commission para proporcionar un programa de tratamiento para trastornos de abuso de sustancias.

Nivel federal de pobreza (FPL): Una medida del nivel de ingresos emitida anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Los niveles federales de pobreza se usan para determinar su elegibilidad para ciertos programas y beneficios, incluido el Essential Plan, y se actualizan anualmente.

Reclamo: Una queja que usted nos comunica y que no está relacionada con una determinación de revisión de utilización.

Servicios de habilitación: Servicios médicos que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y las funciones para la vida cotidiana. Los servicios de habilitación incluyen el manejo de las limitaciones y discapacidades, incluidos los servicios o programas que ayudan a mantener las funciones físicas, cognitivas o conductuales o prevenir el deterioro de estas. Cubrimos servicios de habilitación para pacientes hospitalizados, que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.

Profesional médico: Un médico, dentista, optometrista, quiropráctico, psicólogo, trabajador social, podólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, partera, patólogo del habla y del lenguaje, audiólogo, farmacéutico, analista conductual o enfermero especializado certificado, autorizado o registrado apropiadamente, o cualquier otro profesional de cuidado médico certificado, autorizado o registrado según el Título 8 de la Ley de Educación de New York (u otra ley estatal comparable, si corresponde) que la Ley de Seguros de New York exija que se reconozca, que les cobra y factura los servicios cubiertos a los pacientes. Los servicios del profesional médico se deben prestar dentro del alcance legal del ejercicio profesional de ese tipo de proveedor para que estén cubiertos por este contrato.

Agencia de cuidado médico en el hogar: Una organización actualmente certificada o autorizada por el estado de New York o el estado en el que opera y presta servicios médicos a domicilio.

Cuidado para enfermos terminales: Cuidado que ofrece comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias, proporcionado por una organización de hospicio certificada conforme al Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de New York o según un proceso de certificación similar exigido por el estado en el que se encuentra dicha organización.

Hospital: Un hospital general de cuidados agudos a corto plazo que:

- Se ocupa principalmente de proporcionar a los pacientes servicios de diagnóstico y servicios terapéuticos para el diagnóstico, el tratamiento y la atención de personas lesionadas o enfermas, con médicos o bajo la continua supervisión de estos.
- Tiene departamentos organizados de medicina y cirugía mayor.
- Tiene el requisito de que todos los pacientes deben estar bajo la atención de un médico o un dentista.
- Ofrece servicios de enfermería las 24 horas prestados por un enfermero profesional registrado (RN) o bajo su supervisión.
- Si se encuentra en el estado de New York, cuenta con un plan de revisión de hospitalización vigente, aplicable a todos los pacientes, que cumple al menos con los estándares establecidos en el Título 42 del U.S.C., Sección 1395x(k).
- Está debidamente certificado por la agencia responsable de la habilitación de dichos hospitales.

- No es, salvo en casos informales, un lugar de descanso, un lugar principalmente dedicado al tratamiento de la tuberculosis, un lugar para personas mayores, un lugar para personas alcohólicas o con adicciones ni un lugar para proporcionar cuidado de rehabilitación, educativo, de custodia o para convalecientes.

Hospital no significa spa, centro de salud ni enfermería en escuelas o campamentos.

Hospitalización: Cuidado en un hospital que requiere la admisión como paciente hospitalizado y que, por lo general, requiere una estadía de noche.

Cuidado ambulatorio en hospital: Cuidado en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía de noche.

Inmigrante legal: El término “legal” abarca a inmigrantes que tienen:

- Un estatus de inmigración de “no ciudadano calificado” sin un periodo de espera.
- Circunstancias o estatus humanitarios (incluso estatus de protección temporal, estatus juvenil especial, solicitantes de asilo, convención contra la tortura, víctimas de trata de personas).
- Visas de no inmigrante válidas.
- Estatus legal conferido por otras leyes (estatus de residente temporal, Ley de Equidad para las Familias de Inmigrantes Legales [LIFE], personas del programa Family Unity). Para ver una lista completa de los estatus de inmigración elegibles, visite el sitio web healthcare.gov/immigrants/immigration-status o comuníquese con NY State of Health llamando al 855-355-5777.

Medicamento necesario: Consulte la sección **Cómo funciona su cobertura** de este contrato para ver la definición.

Medicare: Título XVIII de la Ley del Seguro Social y sus enmiendas.

Red: Los proveedores que hemos contratado para que le presten a usted los servicios médicos.

NY State of Health (NYSOH): NY State of Health, The Official Health Plan Marketplace. El NYSOH es un mercado de seguros donde las personas, familias y pequeñas empresas pueden obtener información sobre sus opciones de seguro médico; comparar planes según los costos, beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir ayuda financiera con las primas y los costos compartidos según el ingreso; elegir un plan e inscribirse en una cobertura. El NYSOH también ayuda a los consumidores elegibles a inscribirse en otros programas, incluidos Medicaid, Child Health Plus y el Essential Plan.

Proveedor no participante: Un proveedor que no tiene contrato con nosotros para proporcionarle a usted los servicios médicos. Los servicios de proveedores no participantes están cubiertos solo para servicios de emergencia o atención de urgencia o cuando nosotros los autorizamos.

Límite de gastos de bolsillo: El monto máximo que usted paga durante un año del plan en concepto de costos compartidos antes de que comencemos a pagar el 100% del monto permitido para los servicios cubiertos. El límite nunca incluye su prima, los cargos de facturación del saldo ni el costo de los servicios médicos que no cubrimos.

Proveedor participante: Un proveedor que tiene contrato con nosotros para proporcionarle a usted los servicios médicos. Para obtener una lista de los proveedores participantes y sus direcciones, consulte nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan, o bien puede solicitárnosla. Nosotros modificaremos ocasionalmente esta lista.

Médico o servicios médicos: Servicios médicos que proporciona o coordina un médico certificado (Doctor en Medicina [MD] o Doctor en Medicina Osteopática [DO]).

Año del plan: El periodo de 12 meses, que comienza en la fecha de entrada en vigencia del contrato o en cualquier fecha aniversario en lo sucesivo, durante el cual el contrato está vigente.

Preautorización: Una decisión que tomamos antes de que usted reciba un servicio, procedimiento, plan de tratamiento, dispositivo o medicamento recetado cubierto por la cual se determina que dicho servicio, procedimiento, plan de tratamiento, dispositivo o medicamento recetado cubierto es médicamente necesario. En la sección **Tabla de beneficios** de este contrato le indicamos qué servicios cubiertos requieren una preautorización.

Prima: El monto que debe pagar por su cobertura de seguro médico.

Medicamentos recetados: Un medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que puede, según la ley federal o estatal, ser dispensado únicamente conforme a una receta médica o reposición, y que se encuentra en nuestro formulario. Un medicamento recetado incluye un medicamento que, debido a sus características, es adecuado para la autoadministración o para la administración por parte de un cuidador no especializado.

Proveedor de atención primaria (PCP): Un enfermero especializado o proveedor participante que generalmente es un proveedor de medicina interna o medicina familiar y que proporciona o coordina directamente una serie de servicios médicos para usted.

Proveedor: Un médico, profesional médico o centro autorizado, registrado, certificado o acreditado como lo requiere la ley estatal. Un proveedor también puede ser un vendedor o distribuidor de equipos y suministros para la diabetes, equipo médico duradero, suministros médicos o cualquier otro equipo o suministro que esté cubierto conforme a este contrato, que esté autorizado, registrado, certificado o acreditado como lo requiere la ley estatal.

Referencia: Una autorización dada a un proveedor participante por otro proveedor participante (generalmente dada por un PCP a un especialista participante) con el fin de coordinar cuidado adicional para el suscriptor. Una preautorización puede transmitirse a través de su proveedor, que deberá completar un formulario de preautorización en papel. La preautorización no es obligatoria pero es necesaria para que usted pague los costos compartidos más bajos para ciertos servicios mencionados en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato.

Servicios de rehabilitación: Servicios médicos que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y las funciones para la vida cotidiana que se perdieron o deterioraron debido a una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla en un entorno para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.

Tabla de beneficios: La sección de este contrato donde se mencionan los copagos, el coseguro, los límites de gastos de bolsillo, los requisitos de preautorización y otros límites en los servicios cubiertos.

Área de servicio: El área geográfica designada por nosotros y aprobada por el estado de New York, en la que proporcionamos cobertura. Nuestra área de servicios incluye: Los condados de Bronx, Delaware, Dutchess, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk, Sullivan, Ulster y Westchester.

Centro de enfermería especializada: Una institución o una parte diferenciada de una institución que:

- Está aprobada o certificada actualmente según la ley estatal o local.
- Se ocupa principalmente de proporcionar cuidado especializado de enfermería y servicios relacionados, como un centro de enfermería especializada, centro de cuidado médico extendido o centro de atención de enfermería aprobado por la Joint Commission o la Oficina de Hospitales de la Asociación Americana de Osteopatía, o como un centro de enfermería especializada según Medicare, o según determinemos de otro modo que cumple con los estándares de cualquiera de estas autoridades.

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

Suscriptor: La persona a quien se le emite este contrato. Cuando se le solicita a un suscriptor que proporcione un aviso conforme a un reclamo o a la admisión o visita al departamento de emergencias, el término “suscriptor” también hace referencia a la persona designada por el suscriptor.

Habitual y razonable (UCR): El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica basado en lo que generalmente cobran los proveedores del área por el mismo servicio médico o uno similar.

Atención de urgencia: El cuidado médico para una enfermedad, lesión o condición de una gravedad tal que llevaría a una persona razonable a buscar atención inmediata, pero que no es tan grave como para necesitar la atención del departamento de emergencias. La atención de urgencia puede prestarse en el consultorio del proveedor o en un centro de atención de urgencia.

Centro de atención de urgencia: Un centro certificado que no sea un hospital y que proporcione atención de urgencia.

Nosotros, nos, nuestro: Empire BlueCross BlueShield HealthPlus y cualquiera a quien legalmente nosotros delegamos el desempeño, en nuestro nombre, de conformidad con este contrato.

Revisión de utilización: Revisión que determina si los servicios son o fueron médicamente necesarios, experimentales o de investigación (por ejemplo, el tratamiento para una enfermedad poco común o un ensayo clínico).

Usted, su(s): El suscriptor.

SECCIÓN II - CÓMO FUNCIONA SU COBERTURA

A. Su cobertura conforme a este contrato

Usted ha adquirido o ha sido inscrito en un Essential Plan. Le proporcionaremos los beneficios descritos en este contrato. Debe conservar este contrato con sus otros documentos importantes para que pueda consultarlo en el futuro.

B. Servicios cubiertos

Recibirá servicios cubiertos conforme a los términos y condiciones de este contrato solamente cuando el servicio cubierto cumpla con lo siguiente:

- Sea médicamente necesario
- Sea proporcionado por un proveedor participante
- Figure como un servicio cubierto
- No exceda las limitaciones de los beneficios que se mencionan en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato
- Se reciba mientras su contrato esté en vigencia

Cuando está fuera de nuestra área de servicio, la cobertura está limitada a los servicios de emergencia, los servicios médicos de emergencia prehospitalarios y los servicios de ambulancia para tratar su condición de emergencia.

C. Proveedores participantes

Para saber si un proveedor es un proveedor participante, puede optar por una de las siguientes opciones:

- Consulte nuestro directorio de proveedores, que está disponible a pedido.
- Llame al 800-300-8181 (TTY 711).
- Visite nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan.

En el directorio de proveedores encontrará la siguiente información sobre los proveedores participantes:

- Nombre, dirección y número de teléfono
- Especialidad
- Certificación del Colegio de Médicos (si corresponde)
- Idiomas que habla
- Si el proveedor participante acepta nuevos pacientes

Usted solo es responsable de los costos compartidos que se aplicarían a los servicios cubiertos si los recibe de un proveedor que no sea un proveedor participante en las siguientes situaciones:

- El proveedor figura como proveedor participante en nuestro directorio de proveedores en línea;
- Nuestro directorio de proveedores en papel en el que figura el proveedor como proveedor participante es incorrecto a la fecha de publicación;
- Le notificamos por escrito que el proveedor es un proveedor participante en respuesta a su solicitud telefónica de información sobre el estado del proveedor en la red; o
- No le proporcionamos una notificación escrita en un plazo de un (1) día hábil después de su solicitud telefónica de información sobre el estado de la red. En estas situaciones, si un proveedor le factura más que su costo compartido dentro de la red y usted paga la factura, tiene derecho a un reembolso del proveedor, más intereses.

D. La función de los proveedores de atención primaria

Este contrato tiene un médico de cabecera, generalmente conocido como proveedor de atención primaria (PCP). Si bien se le aconseja que reciba atención de su PCP, no necesita una referencia escrita de un PCP para recibir cuidado de un especialista. Puede seleccionar cualquier PCP participante que esté disponible del listado de los PCP del Essential Plan. En algunos casos, usted puede designar a un especialista como su PCP. Consulte la sección **Acceso a la atención y atención de transición** de este contrato para obtener más información sobre cómo designar a un especialista. Para seleccionar un PCP, inicie sesión en su cuenta segura en empireblue.com/nyessentialplan o llame a Servicios para Miembros al 800-300-8181 (TTY 711). Si no escoge un PCP, le asignaremos uno.

Para los fines de los costos compartidos, si obtiene los servicios de un PCP (o un proveedor que cubra al PCP) que tiene una especialidad primaria o secundaria diferente a la medicina general, medicina familiar, medicina interna, pediatría o ginecología/obstetricia, debe pagar los costos compartidos de la visita al consultorio de la especialidad que figuran en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato cuando los servicios provistos estén relacionados con cuidado especializado.

E. Servicios que no requieren una referencia de su PCP

Su PCP debe determinar el tratamiento más adecuado para sus necesidades médicas. Usted no necesita una referencia de su PCP para visitar a un proveedor participante para los siguientes servicios:

- Servicios ginecológicos y de obstetricia primarios y preventivos, que incluyen exámenes anuales, atención que surge de dichos exámenes anuales, tratamiento de condiciones ginecológicas agudas y toda atención relacionada con un embarazo, prestados por un proveedor de dichos servicios, participante y calificado
- Servicios de emergencia
- Servicios médicos de emergencia prehospitalarios y transporte de emergencia en ambulancia
- Atención de urgencia
- Servicios de quiropráctica
- Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios
- Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- Servicios de habilitación para pacientes ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)
- Servicios de rehabilitación ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)
- Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios
- Exámenes de la vista refractarios realizados por un optometrista
- Exámenes de la vista para personas con diabetes realizados por un oftalmólogo
- Cuidado médico en el hogar
- Servicios de radiología de diagnóstico
- Procedimientos de laboratorio

Sin embargo, el proveedor participante debe:

- Conversar sobre los servicios y el plan de tratamiento con su PCP.
- Aceptar cumplir con nuestras políticas y procedimientos, incluidos los procedimientos respecto de referencias o una referencia para servicios que no sean de obstetricia y ginecología proporcionados por dicho proveedor participante.
- Aceptar proporcionar servicios conforme a un plan de tratamiento (si lo hubiera) aprobado por nosotros.

Consulte la sección **Tabla de beneficios** de este contrato para conocer los servicios que requieren una referencia.

F. Acceso a proveedores y cambio de proveedores

En ocasiones, los proveedores de nuestro directorio de proveedores no se encuentran disponibles. Antes de comunicarnos qué PCP eligió, debe llamar al PCP para asegurarse de que acepta nuevos pacientes.

Para ver a un proveedor, llame a su consultorio y dígame que es un miembro de Empire BlueCross BlueShield HealthPlus y explique el motivo de su visita. Tenga a mano su tarjeta de identificación. El consultorio del proveedor podría solicitarle su número de identificación del miembro. Cuando vaya al consultorio del proveedor, lleve su tarjeta de identificación con usted.

Para comunicarse con su proveedor fuera del horario de atención normal, llame al consultorio del proveedor. Lo comunicarán con su proveedor, con un contestador automático con indicaciones sobre cómo obtener los servicios, o con otro proveedor. Si tiene una condición de emergencia, busque atención de inmediato en el departamento de emergencias del hospital más cercano o llame al 911.

Puede cambiar de PCP si llama a Servicios para Miembros al 800-300-8181 (TTY 711) dentro de los primeros 30 días posteriores a su primera cita con su PCP. Después de eso, puede cambiar una vez cada seis meses sin motivo o con más frecuencia si tiene una buena razón para hacerlo. También puede cambiar su ginecólogo obstetra o el especialista al que su PCP lo haya referido.

Si no contamos con un proveedor participante para determinados tipos de proveedores en el condado en el que usted vive o en un condado limítrofe que se encuentre dentro de los estándares de distancia y tiempo aprobados, aprobaremos una referencia a un determinado proveedor no participante hasta que ya no necesite la atención o tengamos un proveedor participante en nuestra red que cumpla con los estándares de distancia y tiempo, y su atención se haya transferido a ese proveedor participante. Los servicios cubiertos prestados por el proveedor no participante se pagarán como si hubieran sido provistos por un proveedor participante. Usted solamente deberá pagar los costos compartidos correspondientes dentro de la red.

G. Servicios fuera de la red

Los servicios de los proveedores no participantes no están cubiertos, excepto los servicios de emergencia, los servicios médicos de emergencia prehospitalarios y los servicios de ambulancia para tratar su condición de emergencia, o a menos que estén específicamente cubiertos en este contrato.

H. Servicios sujetos a preautorización

Se requiere nuestra preautorización antes de que reciba ciertos servicios cubiertos. Su PCP es responsable de solicitar la preautorización para los servicios dentro de la red mencionados en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato.

I. Procedimiento de preautorización

Si desea recibir cobertura para servicios que requieren preautorización, su proveedor debe llamarnos al 800-300-8181 (TTY 711).

Su proveedor debe comunicarse con nosotros para solicitar la preautorización como se describe a continuación:

- Al menos dos semanas antes de una admisión o cirugía programadas cuando su proveedor recomiende la hospitalización para pacientes internados. Si esto no es posible, entonces, tan pronto como sea razonablemente posible durante el horario normal de atención antes de la admisión.
- Al menos dos semanas antes de una cirugía ambulatoria o de cualquier procedimiento de atención ambulatoria cuando su proveedor recomiende que la cirugía o el procedimiento se realicen en la unidad quirúrgica ambulatoria de un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. Si esto no es posible, entonces, tan pronto como sea razonablemente posible durante el horario normal de atención antes de la cirugía o el procedimiento.
- Dentro de los primeros tres meses de un embarazo o tan pronto como sea razonablemente posible y, nuevamente, dentro de las 48 horas posteriores a la fecha de parto real si se espera que su hospitalización se extienda después de las 48 horas para un parto vaginal o de las 96 horas para una cesárea.
- Antes de que se presten los servicios de ambulancia aérea para una condición que no sea de emergencia.

Luego de recibir una solicitud de aprobación, revisaremos las razones de su tratamiento programado y determinaremos si los beneficios se encuentran disponibles. Los criterios se basarán en varias fuentes, que pueden incluir políticas médicas, guías clínicas y guías terapéuticas y de farmacia.

J. Administración médica

Los beneficios que están a su disposición según este contrato están sujetos a revisiones previas al servicio, concurrentes y retrospectivas para determinar cuándo debemos cubrir los servicios. El propósito de estas revisiones es promover la prestación de cuidado médico costo-efectivo por medio de la revisión del uso de los procedimientos y, según corresponda, el lugar o la situación donde se prestan los servicios. Los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios para que se otorguen los beneficios.

K. Necesidad médica

Cubrimos los beneficios detallados en este contrato, siempre y cuando el servicio médico, procedimiento, tratamiento, análisis, dispositivo, medicamento recetado o suministro (en conjunto, “servicio”) sea médicamente necesario. El hecho de que un proveedor haya proporcionado, recetado, indicado, recomendado o aprobado el servicio no significa que este sea médicamente necesario ni que tengamos que cubrirlo.

Podemos basar nuestra decisión en una revisión de lo siguiente:

- Su historia clínica
- Nuestras políticas médicas y guías clínicas
- Opiniones médicas de una sociedad profesional, comité de revisión de pares u otros grupos de proveedores
- Informes en publicaciones médicas evaluadas por pares
- Informes y guías publicados por organizaciones de cuidado médico reconocidas a nivel nacional que incluyan datos científicos de respaldo

- Estándares profesionales de seguridad y eficacia, que sean reconocidos generalmente en los Estados Unidos para el diagnóstico, la atención o el tratamiento
- La opinión de los profesionales médicos en la especialidad de salud generalmente reconocida implicada
- La opinión de los proveedores tratantes, que tienen credibilidad pero no predominan sobre las opiniones contrarias

Los servicios se considerarán médicamente necesarios solo si:

- Son clínicamente apropiados, en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración y se los considera efectivos para su enfermedad, lesión o condición.
- Se los solicita para el cuidado y el tratamiento directos o para el manejo de dicha condición.
- Su condición se vería afectada de manera adversa si no se proporcionaran los servicios.
- Se proporcionan según los estándares de práctica médica generalmente aceptados.
- No son principalmente para su conveniencia, la de su familia o la del proveedor.
- No son más costosos que un servicio alternativo o una secuencia de servicios; es decir, tienen al menos la misma probabilidad de producir resultados de diagnóstico o terapéuticos equivalentes.
- Cuando la situación o el lugar donde se prestan forma parte de la revisión, los servicios que pueden prestarse de modo seguro en una situación que requiera costos menores no se considerarán médicamente necesarios si se realizan en una situación donde se generen costos más elevados. Por ejemplo, no proporcionaremos cobertura para la admisión como paciente hospitalizado para una cirugía si la cirugía se podría haber realizado como paciente ambulatorio, o para una infusión o inyección de un medicamento especializado proporcionado en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital si el medicamento se podría proporcionar en el consultorio del proveedor o en el hogar.

Consulte las secciones **Revisión de utilización** y **Apelación externa** de este contrato para conocer su derecho a presentar una apelación interna y una apelación externa de nuestra determinación acerca de que un servicio no es médicamente necesario.

L. Protección contra facturas sorpresa

1. Facturas sorpresa. Una factura sorpresa es la que recibe por servicios cubiertos en las siguientes circunstancias:

- Por servicios prestados por un proveedor no participante en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio participante cuando:
 - Un proveedor participante no está disponible en el momento de prestar los servicios médicos.
 - Un proveedor no participante presta servicios sin su conocimiento.
 - Surgen problemas o servicios médicos no previstos en el momento en que se prestan los servicios médicos.

Una factura sorpresa no incluye una factura por servicios médicos cuando un proveedor participante está disponible y usted decide recibir los servicios de un proveedor no participante.

- Usted fue referido por un médico participante a un proveedor no participante sin su consentimiento explícito por escrito en el que se reconoce que la preautorización es para un proveedor no participante y puede generar costos que no cubrimos. En el caso de una factura sorpresa, una preautorización para un proveedor no participante implica:
 - Un proveedor no participante presta los servicios cubiertos en el consultorio o el centro del proveedor participante durante la misma visita.

- El médico participante envía una muestra que le tomó en el consultorio del médico participante a un patólogo o laboratorio no participante.
- Para cualquier otro servicio cubierto prestado por un proveedor no participante a solicitud del médico participante, cuando se requieren preautorizaciones conforme a su contrato.

Usted estará exento de cualquier cargo de un proveedor no participante por la factura sorpresa que exceda sus costos compartidos. El proveedor no participante solo puede facturarle los costos compartidos. Puede firmar un formulario para notificarnos a nosotros y al proveedor no participante que recibió una factura sorpresa. El Formulario de certificación de factura sorpresa está disponible en dfs.ny.gov o puede visitar nuestro sitio web en empireblue.com/ny para obtener una copia del formulario. Debe enviarnos por correo una copia del formulario a la dirección que figura en nuestro sitio web, en su tarjeta de identificación o a la dirección que aparece en el párrafo Números de teléfono y direcciones importantes a continuación para Formulario de certificación de factura sorpresa, y a su proveedor.

2. Proceso de resolución de disputas independiente

Empire o un proveedor pueden presentar una disputa sobre una factura sorpresa ante una entidad de resolución de disputas independiente (IDRE) designada por el estado. La IDRE determinará si nuestro pago o el cargo del proveedor es razonable en un plazo de 30 días luego de recibida la disputa.

M. Prestación de servicios cubiertos con telesalud

Telesalud es el uso de información electrónica y tecnologías de la comunicación por parte de un proveedor para prestarle servicios cubiertos cuando su ubicación es diferente a la de su proveedor. Si su proveedor ofrece servicios cubiertos con telesalud, no negaremos los servicios cubiertos porque se proporcionan con telesalud. Los servicios cubiertos proporcionados con telesalud pueden estar sujetos a revisión de utilización y a requisitos de garantía de calidad así como a otros términos y condiciones del contrato que son al menos tan favorables como esos requisitos para el mismo servicio cuando no se ofrecen con telesalud.

N. Administración de casos

La administración de casos ayuda a coordinar servicios para los miembros con necesidades médicas que se deben a condiciones médicas graves, complejas y/o crónicas. Nuestros programas coordinan beneficios y proporcionan información a los miembros que aceptan participar en el programa de administración de casos para ayudar a satisfacer sus necesidades relacionadas con la salud.

Nuestros programas de administración de casos son confidenciales y voluntarios. Estos programas no tienen costo adicional ni modifican los servicios cubiertos. Si usted cumple con los criterios del programa y acepta participar, le ayudaremos a satisfacer sus necesidades médicas identificadas. Esto se logra a través de la comunicación y el trabajo en equipo con usted o su representante autorizado, los proveedores tratantes y otros proveedores. Además, podemos ayudar en la coordinación del cuidado con los programas existentes basados en la comunidad y servicios que satisfagan sus necesidades, los cuales pueden incluir darle información sobre agencias externas y programas y servicios basados en la comunidad.

En determinados casos de enfermedad o lesión grave o crónica, podemos proporcionar beneficios para el cuidado alternativo a través de nuestro programa de administración de casos que no figura como un servicio cubierto. También podemos extender los servicios cubiertos más allá de los beneficios máximos establecidos en este contrato. Tomaremos nuestra decisión basándonos en cada caso en particular, si determinamos que el beneficio alternativo o extendido resguarda sus intereses y los nuestros.

Lo establecido en esta cláusula no impedirá que usted apele nuestra decisión. La decisión de proporcionar beneficios extendidos o de aprobar cuidado alternativo en un caso no nos obliga a proporcionarle los mismos beneficios nuevamente a usted ni a ningún otro miembro. Nos reservamos el derecho de modificar o dejar de ofrecer beneficios extendidos o de aprobar el cuidado alternativo en cualquier momento. En tal caso, se lo notificaremos a usted o a su representante por escrito.

O. Números de teléfono y direcciones importantes

Servicios para Miembros: 800-300-8181 (TTY 711)

Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 9 a.m. a 5 p.m. hora del Este.

Reclamaciones

Envíe los formularios de reclamaciones a esta dirección:

Claims

Empire P.O. Box BlueCross BlueShield HealthPlus

61010

Virginia Beach, VA 23466-1010

Apelaciones relacionadas con quejas, reclamos y revisión de utilización

Llame al 800-300-8181 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 9 a.m. a 5 p.m., o escriba a esta dirección:

Medical Appeals Department

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23466-2429

Formulario de certificación de factura sorpresa

NYS Department of Financial Services

Consumer Assistance Unit/IDR Process

1 Commerce Plaza

Albany, NY 12257

Servicios de salud conductual

800-300-8181 (TTY 711)

Nuestro sitio web: empireblue.com/nyessentialplan

SECCIÓN III - ACCESO A LA ATENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRANSICIÓN

A. Referencia a un proveedor no participante

Si determinamos que no contamos con un proveedor participante que tenga la capacitación y la experiencia adecuadas para tratar su condición, aprobaremos una preautorización para un proveedor no participante adecuado. Su proveedor participante debe solicitar la aprobación previa de la preautorización para un proveedor no participante específico. Las aprobaciones de las preautorizaciones para proveedores no participantes no se realizarán para su conveniencia ni para la de otro proveedor tratante y es posible que no sean necesariamente para el proveedor no participante específico que usted solicitó. Si aprobamos la preautorización, todos los servicios prestados por el proveedor no participante están sujetos a un plan de tratamiento aprobado por nosotros en consulta con su PCP, el proveedor no participante y usted. Los servicios cubiertos prestados por el proveedor no participante se pagarán como si hubieran sido provistos por un proveedor participante. Usted solamente deberá pagar los costos compartidos correspondientes dentro de la red. En caso de que una preautorización no se apruebe, cualquier servicio prestado por un proveedor no participante no estará cubierto.

B. Cuándo un especialista puede ser su proveedor de atención primaria

Si tiene una condición o enfermedad mortal o una condición o enfermedad degenerativa o discapacitante que requiere cuidado especializado durante un tiempo prolongado, puede solicitarnos que un especialista, que sea un proveedor participante, sea su PCP. Consultaremos con el especialista y con su PCP y decidiremos si el especialista debe ser su PCP. Toda preautorización deberá realizarse conforme a un plan de tratamiento aprobado por nosotros en consulta con su PCP, el especialista y usted. No aprobaremos un especialista no participante a menos que determinemos que no contamos con un proveedor adecuado en nuestra red. Si aprobamos un especialista no participante, los servicios cubiertos prestados por el especialista no participante conforme al plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran proporcionados por un proveedor participante. Usted solamente deberá pagar los costos compartidos correspondientes dentro de la red.

C. Preautorización permanente para un especialista participante

Si necesita cuidado especializado continuo, es posible que reciba una “preautorización permanente” para un especialista que sea un proveedor participante. Esto significa que no necesitará una nueva referencia de su PCP cada vez que necesite consultar a ese especialista. Consultaremos con el especialista y su PCP y decidiremos si usted debe tener una preautorización permanente. Toda preautorización deberá realizarse conforme a un plan de tratamiento aprobado por nosotros en consulta con su PCP, el especialista y usted. El plan de tratamiento puede limitar la cantidad de visitas o el periodo durante el cual se autorizan las visitas y puede exigirle al especialista que le proporcione al PCP actualizaciones regulares sobre el cuidado especializado proporcionado, así como toda la información médica necesaria. No aprobaremos una preautorización permanente para un especialista no participante a menos que determinemos que no contamos con un proveedor adecuado en nuestra red. Si aprobamos una preautorización permanente para un especialista no participante, los servicios cubiertos prestados por el especialista no participante conforme al plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran proporcionados por un proveedor participante. Usted solamente deberá pagar los costos compartidos correspondientes dentro de la red.

D. Centro de cuidado especializado

Si tiene una condición o enfermedad mortal o una condición o enfermedad degenerativa y discapacitante que requiere cuidado especializado durante un tiempo prolongado, puede solicitar una preautorización a un centro de cuidado especializado con competencia en el tratamiento de su condición o enfermedad. Un centro de cuidado especializado es un centro que tiene acreditación o designación de una agencia estatal, del gobierno federal o de una organización de la salud nacional y que cuenta con la competencia especializada para tratar su enfermedad o condición. Consultaremos con su PCP, su especialista y el centro de cuidado especializado para decidir si aprobamos dicha preautorización. Toda preautorización deberá realizarse conforme a un plan de tratamiento desarrollado por el centro de cuidado especializado y deberá estar aprobada por nosotros en consulta con su PCP, el especialista y usted. No aprobaremos una preautorización para un centro de cuidado especializado no participante a menos que determinemos que no contamos con un centro de cuidado especializado adecuado en nuestra red. Si aprobamos una preautorización para un centro de cuidado especializado no participante, los servicios cubiertos prestados por el centro de cuidado especializado no participante conforme al plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran prestados por un centro de cuidado especializado participante. Usted solamente deberá pagar los costos compartidos correspondientes dentro de la red.

E. Cuando su proveedor abandona la red

Si su proveedor abandona nuestra red mientras usted tiene un tratamiento en curso, entonces puede continuar recibiendo los servicios cubiertos para dicho tratamiento del proveedor que antes era participante durante un máximo de 90 días a partir de la fecha en que termina la obligación contractual de su proveedor de prestarle servicios. Si está embarazada, puede seguir recibiendo atención de un proveedor que antes era participante hasta el parto, así como cualquier cuidado de posparto directamente relacionado con el nacimiento.

El proveedor debe aceptar como pago el cargo negociado que estaba en vigencia justo antes de la finalización de nuestra relación con él. El proveedor también debe proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con su atención y cumplir con nuestras políticas y procedimientos, incluso aquellos relacionados con la calidad del cuidado médico, la obtención de preautorizaciones y un plan de tratamiento aprobado por nosotros. Usted recibirá los servicios cubiertos como si estos fueran proporcionados por un proveedor participante. Usted solamente deberá pagar los costos compartidos correspondientes dentro de la red. Tenga en cuenta que si despedimos al proveedor debido a fraude, daño inminente hacia los pacientes o si la junta o agencia estatal toma una medida disciplinaria final que afecta la capacidad de práctica del proveedor, la continuación del tratamiento con dicho proveedor no estará disponible.

F. Nuevos miembros con tratamiento en curso

Si tiene un tratamiento en curso con un proveedor no participante cuando su cobertura conforme a este contrato entra en vigencia, usted puede recibir los servicios cubiertos para el tratamiento en curso de un proveedor no participante durante un máximo de 60 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura según este contrato. Este tratamiento debe ser para una condición o enfermedad mortal o una condición o enfermedad degenerativa y discapacitante. También puede continuar su atención con un proveedor no participante si se encuentra en el segundo o tercer trimestre de un embarazo cuando su cobertura según este contrato entra en vigencia. Puede continuar con la atención durante el parto y para recibir cualquier servicio de posparto directamente relacionado con el nacimiento.

Para continuar recibiendo servicios cubiertos durante un máximo de 60 días o durante el embarazo, el proveedor no participante debe aceptar como pago nuestras tarifas para dichos servicios. El proveedor también debe aceptar proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con su atención y cumplir con nuestras políticas y procedimientos, incluso aquellos relacionados con la calidad del cuidado médico, la obtención de preautorizaciones y un plan de tratamiento aprobado por nosotros. Si el proveedor acepta estas condiciones, usted recibirá los servicios cubiertos como si estos fueran proporcionados por un proveedor participante. Usted solamente deberá pagar los costos compartidos correspondientes dentro de la red.

SECCIÓN IV - GASTOS DE COSTOS COMPARTIDOS Y MONTO PERMITIDO

A. Copagos

Salvo que se indique lo contrario, debe pagar los copagos o los montos fijos de la sección **Tabla de beneficios** de este contrato por los servicios cubiertos. Sin embargo, cuando el monto permitido para un servicio es inferior al copago, usted debe pagar el monto menor.

B. Coseguro

Salvo que se indique lo contrario, debe pagar un porcentaje del monto permitido por los servicios cubiertos. Pagaremos el porcentaje restante del monto permitido como se detalla en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato.

C. Límite de gastos de bolsillo

Cuando alcance el límite de gastos de bolsillo para el pago de copagos y coseguros que figura en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato para un año del plan, proporcionaremos cobertura del 100% del monto permitido para los servicios cubiertos durante el resto de ese año del plan.

Los costos compartidos para servicios fuera de la red, excepto para servicios de emergencias y servicios fuera de la red aprobados por nosotros como una excepción dentro de la red y servicios de diálisis fuera de la red, no se aplican para su límite de gastos de bolsillo dentro de la red. El límite de gastos de bolsillo funciona durante el año del plan.

D. Monto permitido

“Monto permitido” hace referencia al monto máximo que pagaremos por los servicios o suministros cubiertos según este contrato, antes de que se descuenta cualquier copago o coseguro correspondiente. Determinamos nuestro monto permitido de la siguiente manera:

El monto permitido será el monto que hayamos negociado con el proveedor participante.

Nuestros pagos a los proveedores participantes pueden incluir incentivos financieros para ayudar a mejorar la calidad del cuidado médico y promover la prestación de servicios cubiertos de manera rentable. Los pagos según este programa de incentivos financieros no se realizan como pagos de un servicio cubierto específico que se le preste. Sus costos compartidos no cambiarán sobre la base de ningún pago realizado a los proveedores participantes, o recibido de estos, como parte del programa de incentivos financieros.

1. Productos farmacéuticos administrados por un médico

Para los productos farmacéuticos administrados por un médico, utilizamos metodologías de diferencia que son similares a la metodología de fijación de precios utilizada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y generan tarifas basadas en los costos de adquisición publicados o el precio mayorista promedio de los productos farmacéuticos. Estas metodologías son creadas actualmente por RJ Health Systems, Thomson Reuters (publicadas en su Libro Rojo) o nosotros con base en un recurso de fijación de precios de productos farmacéuticos desarrollado internamente si las otras metodologías no tienen datos de fijación de precios disponibles para un producto farmacéutico administrado por un médico o circunstancias especiales apoyan un ajuste al alza a la otra metodología de fijación de precios.

Consulte la sección **Servicios de emergencia y atención de urgencia** de este contrato para conocer el monto permitido para los servicios de emergencia prestados por proveedores no participantes. Consulte la sección **Servicios médicos de emergencia prehospitalarios y de ambulancia** de este contrato para conocer el monto permitido para los servicios médicos de emergencia prehospitalarios proporcionados por proveedores no participantes.

SECCIÓN V - QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

A. Quién está cubierto conforme a este contrato. Usted, el suscriptor a quien se le emite este contrato, está cubierto conforme a este contrato. Debe vivir o residir en nuestra área de servicio para estar cubierto conforme a este contrato. Debe tener un ingreso familiar del 138% o menor y ser un inmigrante legal que no sea elegible para Medicaid. Si está inscrito en Medicare o Medicaid o en un seguro de salud a bajo precio patrocinado por el empleador, si es menor de 21 años, si es mayor de 64 años o si está embarazada, no es elegible para celebrar este contrato.

Debe informar los cambios que podrían afectar su elegibilidad durante el año, incluso si queda embarazada. Si queda embarazada mientras está inscrita en este producto, usted será elegible para obtener Medicaid. Recomendamos especialmente a las mujeres embarazadas que se inscriban en Medicaid para garantizar que los recién nacidos tengan cobertura continua desde su nacimiento, ya que los recién nacidos no están cubiertos por el Essential Plan. Si usted hace la transición a Medicaid, su recién nacido se inscribirá automáticamente en Medicaid desde su nacimiento sin un periodo sin cobertura.

B. Tipos de cobertura

El único tipo de cobertura ofrecida conforme al Essential Plan es cobertura individual, lo que significa que solamente usted está cubierto. Si miembros adicionales de su familia también están cubiertos en virtud del Essential Plan, ellos recibirán un contrato aparte y, si corresponde, tendrán una prima aparte.

C. Inscripción

Puede inscribirse en virtud de este contrato en cualquier momento del año. Si usted es un solicitante nuevo para cobertura a través del NYSOH, su cobertura comenzará en el primer día del mes en el que selecciona el plan. Por ejemplo, si el NYSOH recibe su selección del Essential Plan el 18 de febrero, la cobertura en virtud del plan comenzará el 1.º de febrero. Cualquier servicio que haya recibido entre el 1.º y el 18 de febrero estará cubierto por nosotros. Si tenía cobertura a través del NYSOH en virtud de un programa o plan diferente y se cambia a Essential Plan, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a su selección del plan. Por ejemplo, si selecciona un Essential Plan el 19 de febrero, su cobertura comenzaría del 1.º de marzo.

SECCIÓN VI - CUIDADO PREVENTIVO

Consulte la sección **Tabla de beneficios** de este contrato para obtener información sobre los requisitos de costos compartidos, los límites de días o visitas, así como cualquier otro requisito de preautorización que corresponda a estos beneficios.

Cuidado preventivo

Cubrimos los siguientes servicios con el propósito de promover la buena salud y la detección temprana de enfermedades. Los servicios preventivos no están sujetos a costos compartidos (copagos o coseguros) cuando son prestados por un proveedor participante y proporcionados de acuerdo con las guías integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), o si los artículos o servicios tienen una clasificación de “A” o “B” del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), o si las vacunas son recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP). Sin embargo, los costos compartidos se pueden aplicar a servicios proporcionados durante la misma visita en la que se recibieron los servicios preventivos. Además, si se proporciona un servicio preventivo durante una visita al consultorio, en la cual dicho servicio no es el objetivo principal, de todos modos se aplicará el monto de costos compartidos que se aplicaría a la visita al consultorio. Puede comunicarse con nosotros llamando al 800-300-8181 (TTY 711) o visitar nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan para obtener una copia de las guías integrales respaldadas por la HRSA, los artículos o servicios con una clasificación de “A” o “B” del USPSTF y las vacunas recomendadas por el ACIP.

A. Exámenes físicos anuales para adultos

Cubrimos los exámenes físicos anuales para adultos, el cuidado preventivo y las pruebas de detección según lo establecido en las guías integrales respaldadas por la HRSA, así como los artículos o servicios con una clasificación de “A” o “B” del USPSTF.

Algunos ejemplos de artículos o servicios con una clasificación de “A” o “B” del USPSTF son, entre otros, revisión de presión arterial para adultos, prueba de detección de cáncer de pulmón, prueba de detección de cáncer colorrectal, evaluación de abuso del alcohol, prueba de detección de depresión y prueba de detección de diabetes. Puede encontrar una lista completa de los servicios preventivos cubiertos en nuestro sitio web empireblue.com/nyessentialplan, o puede solicitarnos que se la enviemos por correo.

Puede realizarse un examen físico una vez por año calendario, independientemente de que se hayan cumplido o no 365 días desde la visita anterior para el examen físico. Las pruebas de detección de la vista no incluyen las refracciones.

Este beneficio no está sujeto a copagos, o coseguro cuando es provisto de acuerdo con las guías integrales respaldadas por la HRSA o se trata de artículos o servicios con una clasificación de “A” o “B” del USPSTF.

B. Vacunas para adultos

Cubrimos las vacunas para adultos, según lo recomendado por el ACIP. Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguro cuando se proporciona de acuerdo con las recomendaciones del ACIP.

C. Controles médicos ginecológicos

Cubrimos los controles médicos ginecológicos que constan de un examen ginecológico de rutina, un examen de mamas y una prueba de detección anual de cáncer de cuello uterino, incluidos los servicios de laboratorio y de diagnóstico relacionados con la evaluación de las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino. Además, cubrimos las pruebas de detección y los cuidados preventivos de acuerdo con las guías integrales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios que tienen una clasificación de “A” o “B” del USPSTF. Puede encontrar una lista completa de los servicios preventivos cubiertos en nuestro sitio web empireblue.com/nyessentialplan, o puede solicitarnos que se la enviemos por correo. Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguro cuando es provisto de acuerdo con las guías integrales respaldadas por la HRSA o se trata de artículos o servicios con una clasificación de “A” o “B” del USPSTF, los cuales pueden ser menos frecuentes que los descritos anteriormente.

D. Mamografías, pruebas de detección y diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama

Cubrimos mamografías, que se pueden proporcionar por tomosíntesis de mamas (es decir, mamografías 3D), para la prueba de detección del cáncer de mama de la siguiente manera:

- Una mamografía de detección inicial para miembros que tengan entre 35 y 39 años
- Una mamografía de detección anual para miembros que tengan 40 años o más

Si un miembro de cualquier edad o un familiar de primer grado tienen antecedentes de cáncer de mama, cubriremos las mamografías según lo recomiende el proveedor del miembro. Sin embargo, en ningún caso se cubrirá más de una prueba de detección preventiva por año del plan.

Las mamografías para la detección del cáncer de mama no están sujetas a copagos ni coseguro cuando las realiza un proveedor participante.

También cubrimos pruebas de detección y diagnóstico por imágenes adicionales para la detección del cáncer de mama, incluidos ultrasonidos diagnósticos de mamas y resonancias magnéticas (MRI). Las pruebas de detección y el diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama, incluidas mamografías de diagnóstico, ecografías de mama y MRI, no están sujetas a copagos, deducibles ni coseguro si las realiza un proveedor participante y si son médicamente necesarias.

E. Planificación familiar y servicios de salud reproductiva

Cubrimos los servicios de planificación familiar que incluyen métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, recetados por un proveedor y que de otra manera no estarían cubiertos conforme a la sección **Cobertura de medicamentos recetados** de este contrato; educación y consejería para el paciente sobre el uso de métodos anticonceptivos y temas relacionados; servicios de seguimiento relacionados con los métodos anticonceptivos, incluido el manejo de los efectos secundarios, consejería para el cumplimiento continuo y la colocación y el retiro de dispositivos; y procedimientos de esterilización para las mujeres. Dichos servicios no están sujetos a copagos o coseguro cuando se proporcionan a través de un proveedor participante.

Además, cubrimos las vasectomías, sujetas a copagos o coseguro.

No cubrimos los servicios relacionados con la reversión de las esterilizaciones optativas.

F. Medición de la densidad mineral ósea o densitometría

Cubrimos las mediciones de la densidad mineral ósea o densitometrías y los medicamentos recetados y dispositivos aprobados por la FDA, o equivalentes genéricos como sustitutos aprobados. La cobertura de los medicamentos recetados está sujeta a la sección **Cobertura de medicamentos recetados** de este contrato. Las mediciones de la densidad mineral ósea o densitometrías, los medicamentos o los dispositivos necesarios incluirán aquellos que están cubiertos por el programa federal Medicare y aquellos que cumplen con los criterios de los Institutos Nacionales de Salud. Usted reunirá los requisitos para la cobertura si cumple con los criterios según el programa federal Medicare o los criterios de los Institutos Nacionales de Salud, o si reúne alguno de los siguientes requisitos:

- Se le diagnosticó osteoporosis con anterioridad o tiene antecedentes familiares de osteoporosis
- Tiene síntomas o condiciones que indican la presencia de osteoporosis o un riesgo importante de tener esa condición
- Se encuentra bajo un régimen de medicamentos recetados que supone un riesgo importante de tener osteoporosis
- Lleva un estilo de vida que supone un riesgo importante de tener osteoporosis
- Su edad, sexo u otras características fisiológicas suponen un riesgo importante de tener osteoporosis

Además, cubrimos la prueba de detección de la osteoporosis de acuerdo con las guías integrales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios con una clasificación de “A” o “B” del USPSTF.

Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguro cuando se proporciona de acuerdo con las guías integrales respaldadas por la HRSA y se trata de artículos o servicios con una clasificación de “A” o “B” del USPSTF, lo que puede no incluir todos los servicios mencionados anteriormente, como medicamentos y dispositivos, y cuando se proporciona a través de un proveedor participante.

G. Prueba de detección del cáncer de próstata

Cubrimos un examen de diagnóstico estándar anual, que incluye, entre otros, un examen de tacto rectal y un análisis de antígeno prostático específico para hombres mayores de 50 años que no presenten síntomas, y para hombres mayores de 40 años con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otros factores de riesgo de cáncer de próstata. Además, cubrimos pruebas de diagnóstico estándares, que incluyen, entre otras, un examen de tacto rectal y un análisis de antígeno prostático específico para los hombres de cualquier edad que tengan antecedentes de cáncer de próstata.

Este beneficio no está sujeto a copagos, deducibles ni coseguro cuando se proporciona a través de un proveedor participante.

H. Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP)

Cubrimos los servicios de prevención de la diabetes proporcionados a través de programas reconocidos por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para personas con riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El beneficio cubre 22 sesiones grupales de capacitación en el transcurso de 12 meses. Es posible que usted sea elegible para recibir servicios

del NDPP si tiene una recomendación de un médico u otro profesional certificado, y si es mayor de 18 años, no está embarazada actualmente, no tiene sobrepeso, no se le ha diagnosticado diabetes tipo 1 ni tipo 2 anteriormente Y cumple con una de las siguientes condiciones:

- Se le realizó un análisis de sangre que arrojó resultados dentro del rango de prediabetes en el último año, O
- Se le diagnosticó diabetes gestacional anteriormente, U
- Obtuvo un puntaje de 5 o más en el análisis de riesgo de prediabetes de los CDC/la Asociación Americana de Diabetes (ADA).

SECCIÓN VII - SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIOS Y DE AMBULANCIA

Consulte la sección **Tabla de beneficios** de este contrato para obtener información sobre los requisitos de costos compartidos, los límites de días o visitas, así como cualquier otra información sobre preautorización o requisitos de preautorización que corresponda a estos beneficios. Los servicios médicos de emergencia prehospitalarios y los servicios de ambulancia para el tratamiento de una condición de emergencia no requieren preautorización.

A. Transporte de emergencia en ambulancia

1. Servicios médicos de emergencia prehospitalarios

Cubrimos los servicios médicos de emergencia prehospitalarios para el tratamiento de una condición de emergencia si dichos servicios los presta un servicio de ambulancia.

“Servicios médicos de emergencia prehospitalarios” significa la evaluación y el tratamiento inmediatos de una condición de emergencia o el transporte que no sea aéreo a un hospital. Los servicios deben ser prestados por un servicio de ambulancia que cuente con un certificado conforme a la Ley de Salud Pública de New York. Sin embargo, solo cubriremos el transporte hasta un hospital, a través del servicio de ambulancia, cuando una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre medicina y salud crea razonablemente que la ausencia de dicho transporte podría causar:

- Un grave peligro para la salud de la persona que sufre la condición (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé por nacer); si se trata de una condición de la conducta, un grave peligro para la salud de la persona afectada u otras personas.
- Un daño grave en las funciones corporales de la persona.
- Una disfunción grave de algún órgano o de alguna parte del cuerpo de la persona.
- Una desfiguración grave en la persona.

El servicio de ambulancia debe eximirlo de responsabilidad y no puede cobrarle ni pedirle un reembolso por los servicios médicos de emergencia prehospitalarios con excepción del cobro de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable. Si no hay una tarifa negociada, le pagaremos al proveedor no participante la tarifa habitual y acostumbrada para servicios médicos de emergencia prehospitalarios, que no deberá ser excesiva ni poco razonable. La tarifa habitual y acostumbrada de los servicios médicos de emergencia prehospitalarios es el monto que sea menor entre el índice de FAIR Health en el percentil 80 y las tarifas facturadas por el proveedor.

2. Transporte de emergencia en ambulancia

Además de los servicios de emergencia prehospitalarios, cubrimos también el transporte de emergencia en ambulancia en todo el mundo provisto por un servicio de ambulancia certificado (ya sea ambulancia terrestre, acuática o aérea) hasta el hospital más cercano donde se proporcionen servicios de emergencia. Esta cobertura incluye el transporte de emergencia en ambulancia hasta un hospital cuando el centro de origen no tiene la capacidad para tratar su condición de emergencia.

B. Transporte en ambulancia que no sea de emergencia

Cubrimos el transporte en ambulancia que no sea de emergencia, a través de un servicio de ambulancia certificado (ya sea ambulancia terrestre o aérea, según corresponda) entre centros cuando el transporte involucre alguno de los siguientes recorridos:

- Desde un hospital no participante hasta un hospital participante
- Hasta un hospital que ofrece un nivel superior de cuidado que no estaba disponible en el hospital inicial
- Hasta un centro de cuidados médicos para casos agudos más costo-efectivo
- Desde un centro de cuidados médicos para casos agudos hasta un ámbito de cuidados subagudos

C. Limitaciones/términos de cobertura

- No cubrimos los gastos de viaje o de transporte, a menos que estén relacionados con una condición de emergencia o con el traslado a un centro aprobado por nosotros, independientemente de que el viaje o transporte haya sido indicado por un proveedor.
- No cubrimos el transporte que no sea en ambulancia, como una camioneta adaptada para personas con discapacidades, una camioneta o un taxi.
- La cobertura de ambulancia aérea relacionada con una condición de emergencia o con el transporte que no sea de emergencia se proporciona cuando el transporte en ambulancia terrestre no es apropiado para su condición médica; y cuando su condición médica requiere un transporte rápido e inmediato, que no se puede brindar a través de una ambulancia terrestre; y cuando se cumple alguna de las siguientes condiciones:
 - El lugar de recogida es inaccesible para un vehículo terrestre.
 - Las grandes distancias u otros obstáculos (por ejemplo, el tránsito intenso) impiden el traslado a tiempo al hospital más cercano con las instalaciones apropiadas.

SECCIÓN VIII - SERVICIOS DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN DE URGENCIA

Consulte la sección **Tabla de beneficios** de este contrato para obtener información sobre los requisitos de costos compartidos, los límites de días o visitas, así como cualquier otra información sobre preautorización o requisitos de preautorización que corresponda a estos beneficios.

A. Servicios de emergencia

Cubrimos los servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia en un hospital.

Definimos una “**condición de emergencia**” como: Una condición médica o de la conducta que se manifiesta por medio de síntomas agudos de una gravedad tal, incluido el dolor intenso, que llevaría a una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, a creer razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría causar:

- Un grave peligro para la salud de la persona que sufre la condición (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé por nacer); si se trata de una condición de la conducta, un grave peligro para la salud de la persona afectada u otras personas.
- Un daño grave en las funciones corporales de la persona.
- Una disfunción grave de algún órgano o de alguna parte del cuerpo de la persona.
- Una desfiguración grave en la persona.

Por ejemplo, una condición de emergencia puede incluir, entre otras, las siguientes condiciones:

- Dolor intenso en el pecho
- Lesiones graves o múltiples
- Falta de aire grave
- Cambio repentino en el estado mental (por ejemplo, desorientación)
- Sangrado intenso
- Dolor agudo o condiciones que requieren atención inmediata, como la sospecha de un ataque cardíaco o de una apendicitis
- Intoxicaciones
- Convulsiones

La cobertura de los servicios de emergencia para el tratamiento de la condición de emergencia se proporcionará independientemente de que el proveedor sea o no un proveedor participante. Además, cubriremos los servicios de emergencia para tratar su condición de emergencia en todo el mundo. Sin embargo, solo cubriremos aquellos servicios de emergencia y suministros que sean médicamente necesarios y que se proporcionen para tratar o estabilizar la condición de emergencia en un hospital.

Siga las instrucciones que se incluyen a continuación independientemente de si se encuentra o no en nuestra área de servicio en el momento de su emergencia:

1. Visitas al departamento de emergencias del hospital

En el caso de que necesite tratamiento para una condición de emergencia, busque atención de inmediato en el departamento de emergencias del hospital más cercano o llame al 911. La atención en departamentos de emergencias no requiere una preautorización. **Sin embargo, en un**

departamento de emergencias, solo están cubiertos los servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia. Si no está seguro de si un departamento de emergencias del hospital es el lugar más adecuado para recibir atención, puede llamarnos antes de buscar tratamiento. Nuestros coordinadores de administración médica están disponibles las 24 horas, los siete días de la semana. Su coordinador lo guiará al departamento de emergencias de un hospital o a otro centro adecuado.

No cubrimos el cuidado de seguimiento ni la atención de rutina que se proporcione en el departamento de emergencias de un hospital. Debe comunicarse con nosotros para asegurarse de recibir el cuidado de seguimiento adecuado.

2. Admisiones de emergencia en un hospital

En caso de que sea admitido en el hospital, usted o alguien en su nombre debe notificarnos al respecto llamando al número que figura en este contrato y en su tarjeta de identificación dentro de las 48 horas posteriores a la admisión o el siguiente día hábil después del fin de semana o tan pronto como sea razonablemente posible.

Cubrimos los servicios hospitalarios para pacientes internados luego de la atención del departamento de emergencias en un hospital no participante con los costos compartidos dentro de la red. Si su condición médica permite el traslado a un hospital participante, se lo notificaremos y coordinaremos el traslado.

3. Pagos relacionados con los servicios de emergencia prestados

Le pagaremos a un proveedor participante el monto que hemos negociado con ese proveedor por los servicios de emergencia. El monto que pagamos a un proveedor no participante por servicios de emergencia será la tasa predeterminada de Medicaid según lo establecido por el estado de New York.

Usted es responsable de los costos compartidos dentro de la red. Usted estará exento de cualquier cargo de un proveedor no participante que exceda sus costos compartidos dentro de la red. El proveedor no participante solo puede facturarle los costos compartidos dentro de la red. Si usted recibe una factura de un proveedor no participante por un monto mayor que sus costos compartidos dentro de la red, deberá comunicarse con nosotros.

B. Atención de urgencia

La atención de urgencia es el cuidado médico para una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para necesitar atención del departamento de emergencias. La atención de urgencia está disponible, por lo general, después del horario de atención habitual, incluido por las noches y los fines de semana. Si necesita atención fuera del horario normal, incluso por las noches, los fines de semana o los días feriados, tiene diversas opciones. Puede llamar al consultorio de su proveedor para pedir instrucciones o concurrir a un centro de atención de urgencia. Si tiene una condición de emergencia, busque atención de inmediato en el departamento de emergencias del hospital más cercano o llame al 911. La atención de urgencia está cubierta en nuestra área de servicio.

1. Dentro de la red

Cubrimos la atención de urgencia de un proveedor participante o de un centro de atención de urgencia participante. No necesita contactarnos antes ni después de su visita.

2. Fuera de la red

Cubrimos la atención de urgencia de un centro de atención de urgencia o de un médico no participantes fuera de nuestra área de servicio. Requerimos una preautorización.

Si la atención de urgencia deriva en una admisión de emergencia, siga las instrucciones para las admisiones de emergencia en un hospital mencionadas anteriormente.

SECCIÓN IX - SERVICIOS PROFESIONALES Y PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Consulte la sección **Tabla de beneficios** de este contrato para obtener información sobre los requisitos de costos compartidos, los límites de días o visitas, así como cualquier otro requisito de preautorización que corresponda a estos beneficios.

A. Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes

Cubrimos tomografías por emisión de positrones (PET), resonancias magnéticas (MRI), medicina nuclear y tomografías axiales computarizadas (TAC).

B. Pruebas y tratamientos de alergia

Cubrimos las pruebas y evaluaciones, incluidas las inyecciones y las pruebas de reacción cutánea, para determinar la existencia de una alergia. También cubrimos el tratamiento para la alergia, incluidos los tratamientos de desensibilización, las inyecciones de rutina para la alergia y los sueros.

C. Servicios en centros quirúrgicos ambulatorios

Cubrimos los procedimientos quirúrgicos realizados en centros quirúrgicos ambulatorios, incluidos los servicios y suministros proporcionados por el centro el día de la cirugía.

D. Quimioterapia e inmunoterapia

Cubrimos la quimioterapia y la inmunoterapia en un centro para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un profesional médico. La quimioterapia y la inmunoterapia se pueden administrar por inyección o por infusión. Los medicamentos anticancerígenos administrados por vía oral están cubiertos conforme a la sección **Cobertura de medicamentos recetados** de este contrato.

E. Servicios de quiropráctica

Cubrimos los cuidados quiroprácticos cuando sean proporcionada por un médico quiropráctico (“quiropráctico”) en relación con la detección o corrección por medios manuales o mecánicos del desequilibrio estructural, la deformación o la subluxación en el cuerpo humano con el propósito de eliminar la interferencia nerviosa y los efectos de esta, en casos donde dicha interferencia es el resultado de una distorsión, desalineación o subluxación de la columna vertebral. Esto incluye evaluaciones, manipulación y cualquier modalidad. Todas las pruebas de laboratorio estarán cubiertas de acuerdo con los términos y condiciones de este contrato.

F. Ensayos clínicos

Cubrimos los costos de los pacientes de rutina por su participación en un ensayo clínico aprobado y dicha cobertura no estará sujeta a revisión de utilización si usted:

- Es elegible para participar en un ensayo clínico aprobado para tratar el cáncer u otra condición o enfermedad mortal.
- Es referido por un proveedor participante que ha concluido que su participación en el ensayo clínico aprobado sería adecuada.

Todos los demás ensayos clínicos, incluso cuando usted no tenga cáncer u otra condición o enfermedad mortal, pueden estar sujetos a las secciones **Revisión de utilización** y **Apelación externa** de este contrato.

No cubrimos:

- Los costos de los dispositivos o los medicamentos de investigación.
- Los costos de los servicios que no sean de salud que se requieren para que usted reciba el tratamiento.
- Los costos de administración de la investigación.
- Los costos que no estarían cubiertos en este contrato para los tratamientos que no son de investigación proporcionados en el ensayo clínico.

Un “ensayo clínico aprobado” significa un ensayo clínico en fase I, II III o IV que:

- Es un ensayo aprobado o financiado a nivel federal.
- Se realiza conforme a una aplicación del medicamento en etapa de investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Es un ensayo de medicamentos que está exento de tener que realizar la aplicación de un nuevo medicamento en etapa de investigación.

G. Diálisis

Cubrimos los tratamientos de diálisis de enfermedades renales agudas o crónicas.

También cubrimos tratamientos de diálisis proporcionados por un proveedor no participante, sujeto a las siguientes condiciones:

- El proveedor no participante está debidamente certificado para realizar y ofrecer dicho tratamiento.
- El proveedor no participante está ubicado fuera de nuestra área de servicio.
- El proveedor participante que lo atiende ha emitido una orden escrita donde indica que es necesario el tratamiento de diálisis de parte del proveedor no participante.
- Usted nos notifica por escrito por lo menos 30 días antes de las fechas del tratamiento propuesto e incluye la orden escrita antes mencionada. El periodo de aviso con 30 días de anticipación puede acortarse cuando necesite viajar de manera repentina debido a una emergencia familiar o de otro tipo, siempre que tengamos una oportunidad razonable para revisar sus planes de viaje y de tratamiento.
- Tenemos derecho a autorizar previamente el tratamiento y el programa de diálisis.
- Ofreceremos beneficios para no más de 10 tratamientos de diálisis proporcionados por un proveedor no participante por año calendario.
- Los beneficios para servicios de un proveedor no participante están cubiertos cuando se cumplen todas las condiciones anteriores y están sujetos a los costos compartidos correspondientes que se apliquen a los tratamientos de diálisis proporcionados por un proveedor participante. Sin embargo, usted también debe pagar cualquier diferencia entre el monto que habríamos pagado si el servicio hubiese sido prestado por un proveedor participante y el cargo del proveedor no participante.

H. Servicios de habilitación

Cubrimos servicios de habilitación que incluyen fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento para pacientes ambulatorios de un centro o en el consultorio de un profesional médico.

I. Cuidado médico en el hogar

Cubrimos el cuidado médico proporcionado en su domicilio por una agencia de cuidado médico en el hogar certificada o autorizada por la agencia estatal correspondiente. El cuidado debe proporcionarse conforme al plan de tratamiento escrito del proveedor y en reemplazo de una hospitalización o internación en un centro de enfermería especializada. El cuidado médico en el hogar incluye:

- Atención de enfermería de medio tiempo o intermitente proporcionada por un enfermero profesional registrado o bajo su supervisión.
- Servicios a tiempo parcial o intermitentes de un asistente de cuidado médico en el hogar.
- Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla proporcionada por la agencia de cuidado médico en el hogar.
- Los suministros médicos, los medicamentos recetados y los medicamentos indicados por un proveedor y los servicios de laboratorio prestados por la agencia de cuidado médico en el hogar, o en nombre de esta, en la medida en que dichos productos habrían sido cubiertos durante una hospitalización o internación en un centro de enfermería especializada.

El cuidado médico en el hogar se limita a 40 visitas por año del plan. Cada visita que haga un miembro de la agencia de cuidado médico en el hogar se considera una visita. Una visita de hasta cuatro horas que haga un asistente de cuidado médico en el hogar se considera una visita. Cualquier servicio de rehabilitación o habilitación que reciba conforme a este beneficio no reducirá la cantidad de servicios disponibles según los beneficios de los servicios de rehabilitación o habilitación.

J. Tratamiento de la infertilidad

Cubrimos los servicios para el diagnóstico y tratamiento (quirúrgico y médico) de la infertilidad. La “infertilidad” es una enfermedad o condición caracterizada por la incapacidad para embarazar a otra persona o para concebir; se define como la imposibilidad de establecer un embarazo clínico después de 12 meses de mantener relaciones sexuales regulares sin protección o la inseminación terapéutica con donante en mujeres de 35 años en adelante. Se puede justificar la evaluación y el tratamiento precoces sobre la base del historial médico del miembro o los hallazgos físicos.

Esta cobertura está disponible de la siguiente manera:

1. Servicios básicos para la infertilidad

Se ofrecerán servicios básicos para la infertilidad a un suscriptor que sea un candidato apropiado para el tratamiento de la infertilidad. Para determinar la elegibilidad, seguiremos las guías establecidas por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva y el estado de New York.

Los servicios básicos para la infertilidad incluyen:

- Evaluación inicial
- Análisis de semen
- Evaluación de laboratorio
- Evaluación de la función ovulatoria
- Análisis poscoital

- Biopsia endometrial
- Ecografía pélvica
- Histerosalpingografía
- Sonohistografía
- Biopsia testicular
- Análisis de sangre
- Tratamiento médicamente apropiado de la disfunción ovulatoria

Podrían cubrirse pruebas adicionales si se determina que estas son médicamente necesarias.

2. Servicios integrales para la infertilidad. Si los servicios básicos para la infertilidad no aumentan la fertilidad, cubrimos servicios integrales para la infertilidad. Los servicios integrales para la infertilidad incluyen:

- Inducción y control de la ovulación
- Ecografía pélvica
- Inseminación artificial
- Histeroscopia
- Laparoscopia
- Laparotomía

3. Servicios para preservación de la fertilidad. Cubrimos servicios estándar para la preservación de la fertilidad cuando un tratamiento médico provocará directa o indirectamente infertilidad iatrogénica. Los servicios estándar para preservación de la fertilidad incluyen la obtención, la preservación y el almacenamiento de los óvulos o el esperma. “Infertilidad iatrogénica” significa un deterioro de la fertilidad debido a cirugía, radioterapia, quimioterapia u otro tratamiento médico que afecte los órganos o los procesos reproductivos.

4. Exclusiones y limitaciones. No cubrimos:

- Fertilización in vitro.
- Transferencias intrafalopianas de gametos o transferencias intrafalopianas de cigotos.
- Costos relacionados con un donante de óvulos o esperma, incluidos los gastos médicos del donante.
- Criopreservación y almacenamiento de óvulos y esperma, excepto cuando se realiza como parte de los servicios para la preservación de la fertilidad.
- Criopreservación y almacenamiento de embriones.
- Kits para predecir la ovulación.
- Reversión de ligaduras de trompas.
- Reversión de vasectomías.
- Costos para la maternidad subrogada y todo lo relacionado con esta.
- Clonación.
- Procedimientos médicos y quirúrgicos que son experimentales o están en etapa de investigación, a menos que un agente de apelaciones externas anule nuestra denegación.

Todos los servicios deben ser proporcionados por proveedores calificados para prestar dichos servicios de acuerdo con las guías establecidas y adoptadas por la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva. No discriminaremos en función de su expectativa de vida, discapacidad actual o probable, grado de dependencia médica, calidad de vida percibida, otras condiciones médicas, o en función de características personales, que incluyen sexo, orientación sexual, estado civil o identidad de género cuando se determine la cobertura según este beneficio.

K. Terapia de infusión

Cubrimos la terapia de infusión, es decir, la administración de medicamentos a través de sistemas de liberación especializados. Los medicamentos o nutrientes que se administran directamente en las venas se consideran terapia de infusión. Los medicamentos orales o autoinyectables no se consideran terapia de infusión. Los servicios deben ser indicados por un médico u otro profesional de salud autorizado y deben ser proporcionados en un consultorio o por parte de una agencia autorizada o certificada para suministrar terapia de infusión. Cualquier visita para terapia de infusión en el hogar se tiene en cuenta para alcanzar el límite de visitas de cuidado médico en el hogar.

L. Interrupción del embarazo

Cubrimos los abortos médicamente necesarios en casos de violación, incesto o malformación fetal. Cubrimos los abortos optativos para un procedimiento por miembro, por año del plan.

M. Procedimientos de laboratorio, pruebas de diagnóstico y servicios de radiología

Cubrimos radiografías, procedimientos de laboratorio y pruebas de diagnóstico, servicios y materiales, incluso las radiografías de diagnóstico, la radioterapia, la fluoroscopia, los electrocardiogramas, los electroencefalogramas, los análisis de laboratorio y los servicios de radiología terapéutica.

N. Atención de maternidad y recién nacidos

Cubrimos los servicios de atención de maternidad prestados por un médico o una partera, un enfermero especializado, un hospital o un centro de maternidad. Cubrimos la atención prenatal (incluida una visita para estudios genéticos), el cuidado de posparto, el parto y las complicaciones del embarazo. Para que los servicios de una partera tengan cobertura, la partera debe estar certificada conforme al Artículo 140 de la Ley de Educación de New York, ejercer de conformidad con la Sección 6951 de la Ley de Educación de New York y estar afiliada o ejercer en un centro autorizado conforme al Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de New York. No pagaremos los servicios de rutina duplicados proporcionados por una partera y un médico. Consulte la sección **Servicios para pacientes hospitalizados** de este contrato para conocer la cobertura de la atención de maternidad para pacientes hospitalizadas.

Cubrimos apoyo, consejería y suministros para la lactancia, incluido el costo para alquilar o comprar un sacaleches estándar por embarazo durante el periodo de lactancia obtenido de un proveedor participante o un proveedor designado.

O. Visitas al consultorio

Cubrimos las visitas al consultorio para el diagnóstico y el tratamiento de lesiones, enfermedades y condiciones médicas. Las visitas al consultorio pueden incluir las consultas a domicilio.

P. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Cubrimos los servicios y suministros hospitalarios, como se detalló en la sección **Servicios para pacientes hospitalizados** de este contrato, que puedan proporcionársele mientras recibe tratamiento en un centro para pacientes ambulatorios. Por ejemplo, los servicios cubiertos incluyen, entre otros, terapia de inhalación, rehabilitación pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca. A menos que se le estén realizando pruebas previas a la admisión, los hospitales no son proveedores participantes para las pruebas y los procedimientos de laboratorio para pacientes ambulatorios.

Q. Pruebas previas a la admisión

Cubrimos las pruebas previas a la admisión indicadas por su médico y realizadas en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios antes de una cirugía programada en el mismo hospital siempre que:

- Las pruebas sean necesarias y coherentes con el diagnóstico y el tratamiento de la condición por la que se realiza la cirugía.
- Las reservas de cama de hospital y quirófano se realicen antes de las pruebas.
- La cirugía se lleve a cabo dentro de los siete días luego de haber realizado las pruebas.
- El paciente esté físicamente presente en el hospital para las pruebas.

R. Medicamentos recetados para uso en consultorios y centros ambulatorios

Cubrimos los medicamentos recetados (a excepción de los autoinyectables) que utiliza su proveedor en el consultorio para fines preventivos y terapéuticos. Este beneficio se aplica cuando su proveedor indica el medicamento recetado y se lo administra a usted. Cuando los medicamentos recetados están cubiertos conforme a este beneficio, no lo estarán según la sección Cobertura de medicamentos recetados de este contrato.

S. Servicios de rehabilitación

Cubrimos servicios de rehabilitación que incluyen fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento para pacientes ambulatorios de un centro o en el consultorio de un profesional médico.

Cubrimos la fisioterapia y la terapia del habla solo cuando:

- Dicha terapia se relaciona con el tratamiento o diagnóstico de su enfermedad o lesión.
- La terapia es indicada por un médico.
- Usted haya sido hospitalizado o sometido a una cirugía por dicha enfermedad o lesión.

Los servicios de rehabilitación cubiertos deben comenzar dentro de los seis meses de que ocurra lo siguiente:

- La fecha de la lesión o enfermedad que originó la necesidad de recibir terapia
- La fecha en la que usted es dado de alta de un hospital donde se le proporcionó el tratamiento quirúrgico
- La fecha en que se proporcionó la atención quirúrgica como paciente ambulatorio

En ningún caso la terapia continuará luego de los 365 días posteriores a dicho evento.

T. Clínicas en locales comerciales

Cubrimos los servicios médicos básicos que usted recibe “sin cita previa” en una clínica en locales comerciales, que suelen encontrarse en las principales farmacias o tiendas minoristas. Los servicios cubiertos son provistos, por lo general, por un enfermero especializado o un asistente médico. Estos servicios cubiertos disponibles en clínicas en locales comerciales se limitan a la atención de rutina y el tratamiento de enfermedades comunes.

U. Segundas opiniones

1. Segunda opinión oncológica

Cubrimos una segunda opinión médica de un especialista apropiado, que incluye, entre otros, un especialista afiliado a un centro de cuidado especializado, en caso de un diagnóstico positivo o negativo de cáncer, una reaparición del cáncer o una recomendación de un tratamiento para el cáncer. Podrá obtener una segunda opinión de un proveedor no participante como si estuviera dentro de la red cuando su médico tratante le entregue una preautorización por escrito para ver a un especialista no participante.

2. Segunda opinión quirúrgica

Cubrimos una segunda opinión quirúrgica de un proveedor calificado sobre la necesidad de someterse a una cirugía.

3. Segunda opinión quirúrgica requerida

Es posible que solicitemos una segunda opinión antes de realizar la preautorización de un procedimiento quirúrgico. No deberá pagar ningún costo cuando nosotros solicitemos una segunda opinión.

- La segunda opinión debe ser emitida por un especialista certificado por el Colegio de Médicos que lo examine personalmente.
- Si la primera opinión y la segunda no coinciden, usted puede obtener una tercera opinión.
- Los profesionales consultados para la segunda y la tercera opinión quirúrgica no podrán realizarle la cirugía.

4. Segundas opiniones en otros casos

Pueden existir otros casos en los que usted no está de acuerdo con el tratamiento recomendado por un proveedor. En tales casos, usted podrá solicitarnos que designemos a otro proveedor para que emita una segunda opinión. Si la primera opinión y la segunda no coinciden, designaremos a otro proveedor para que emita una tercera opinión. Luego de completar el proceso de segunda opinión, realizaremos la preautorización de los servicios cubiertos con el respaldo de la mayoría de los proveedores que revisen su caso.

V. Servicios de cirugía

Cubrimos los servicios del médico para los procedimientos quirúrgicos, incluidos los procedimientos quirúrgicos y de incisión para el tratamiento de una enfermedad o lesión, y la reducción cerrada de fracturas y dislocaciones de huesos, endoscopias, incisiones o punciones de la piel para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidos los servicios de un cirujano o especialista, asistente (incluido el asistente de un médico o un enfermero especializado) y anestesista o anestesiólogo, junto con la atención previa y posterior a la cirugía. No hay beneficios disponibles para los servicios de anestesia proporcionados como parte de un procedimiento quirúrgico, cuando sean prestados por el cirujano o el asistente del cirujano.

En ocasiones, se pueden realizar dos o más procedimientos quirúrgicos durante la misma operación.

- **A través de la misma incisión.** Si los múltiples procedimientos quirúrgicos cubiertos se realizan a través de la misma incisión, pagaremos el procedimiento con el monto permitido más alto y el 50% del monto que pagaríamos de otra forma según este contrato por los procedimientos secundarios, excepto por los procedimientos secundarios que, según las normas de codificación reconocidas a nivel nacional, estén exentos de las reducciones por múltiples procedimientos quirúrgicos. No pagaremos nada por un procedimiento secundario que se facture con un procedimiento primario cuando ese procedimiento secundario sea producto del procedimiento primario.
- **A través de distintas incisiones.** Si los múltiples procedimientos quirúrgicos cubiertos se realizan durante la misma sesión quirúrgica pero a través de distintas incisiones, pagaremos:
 - El procedimiento con el monto permitido más alto.
 - El 50% del monto que de otra forma pagaríamos por los demás procedimientos.

Si los múltiples procedimientos quirúrgicos cubiertos se realizan durante la misma sesión quirúrgica a través de las mismas o distintas incisiones, pagaremos:

- El procedimiento con el monto permitido más alto.
- El 50% del monto que de otra forma pagaríamos por los demás procedimientos.

W. Cirugía oral

Cubrimos los siguientes procedimientos quirúrgicos dentales y orales limitados:

- Procedimientos quirúrgicos orales para huesos de la mandíbula o tejido circundante y servicios dentales necesarios para la reparación o el reemplazo de dientes naturales sanos debido a una lesión accidental. El reemplazo solamente está cubierto cuando la reparación no es posible. Los servicios dentales deben obtenerse dentro de los 12 meses de sufrir la lesión.
- Procedimientos quirúrgicos orales para huesos de la mandíbula o tejido circundante y servicios dentales necesarios debido a una enfermedad o anomalía congénita.
- Procedimientos quirúrgicos orales requeridos para la corrección de una condición fisiológica no dental que provocó un problema funcional grave.
- Extirpación de tumores y quistes, que requiera un examen patológico de las mandíbulas, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y el piso de la boca. Los quistes relacionados con los dientes no están cubiertos.
- Procedimientos médicos quirúrgicos/no quirúrgicos para trastornos de la articulación temporomandibular y cirugía ortognática.

X. Cirugía de reconstrucción de mamas

Cubrimos la cirugía de reconstrucción de mamas luego de una mastectomía o una mastectomía parcial. La cobertura incluye: todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se haya realizado la mastectomía o la mastectomía parcial; cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; y complicaciones físicas de la mastectomía o la mastectomía parcial, incluidos los linfedemas, de la forma que usted y su médico tratante determinen apropiada. También cubrimos las prótesis mamarias implantadas luego de una mastectomía o una mastectomía parcial.

Y. Otra cirugía reconstructiva y correctiva

Cubrimos una cirugía reconstructiva y correctiva que no sea la cirugía de reconstrucción de mamas solo cuando:

- Se realiza para corregir un defecto congénito de un hijo cubierto que haya tenido como consecuencia un defecto funcional.
- Es producto de una cirugía o se presenta luego de una cirugía que fue necesaria debido a un traumatismo, una infección o una enfermedad de la parte involucrada.
- Es de otro modo médicamente necesaria.

Z. Programa de telemedicina

Cubrimos consultas en línea entre usted y los proveedores que participan en nuestro programa de telemedicina para condiciones médicas que no sean una condición de emergencia. No todos los proveedores participantes participan en nuestro programa de telemedicina. Puede consultar nuestro directorio de proveedores o contactarnos para obtener una lista de los proveedores que participan en nuestro programa de telemedicina.

AA. Trasplantes

Cubrimos solo aquellos trasplantes que se determine que no son experimentales ni están en etapa de investigación. Los trasplantes cubiertos incluyen, entre otros, los trasplantes de riñón, córnea, hígado, corazón, corazón/pulmón y médula ósea.

Todos los trasplantes deben ser indicados por sus especialistas. Además, los trasplantes deben realizarse en hospitales que hayamos aprobado y designado específicamente como Centros de Excelencia para realizar estos procedimientos.

Cubrimos los gastos hospitalarios y médicos, incluidos los cargos por búsqueda de donantes, del suscriptor/receptor. Cubrimos los servicios de trasplante solicitados por usted cuando usted es el donante de órganos solamente si el receptor tiene nuestra cobertura. No cubrimos los gastos médicos de una persona no cubierta y que sea donante para usted si los gastos de dicha persona sin cobertura estarán cubiertos por otro programa o plan médico.

No cubrimos los gastos de viaje, alojamiento, comidas ni otros servicios para donantes o visitas; los cargos del donante relacionados con la cirugía de trasplante de órgano; ni la recolección o el almacenamiento de rutina de las células madre de la sangre del cordón umbilical del recién nacido.

SECCIÓN X - DISPOSITIVOS, EQUIPOS Y BENEFICIOS ADICIONALES

Consulte la sección **Tabla de beneficios** de este contrato para obtener información sobre los requisitos de costos compartidos, los límites de días o visitas, así como cualquier otra información sobre preautorización o requisitos de preautorización que corresponda a estos beneficios.

A. Equipos, suministros y educación sobre autoadministración para la diabetes

Cubrimos equipos, suministros y educación sobre autoadministración para la diabetes si los recomienda o receta un médico u otro profesional médico legalmente certificado para recetar según el Título 8 de la Ley de Educación de New York, como se detalla a continuación:

1. Equipos y suministros

Cubrimos los siguientes equipos y suministros relacionados para el tratamiento de la diabetes cuando están recetados por su médico u otro proveedor legalmente autorizado para recetar:

- Tiras reactivas de acetona
- Tabletas reactivas de acetona
- Alcohol o peróxido por pintas
- Toallitas con alcohol
- Todas las preparaciones de insulina
- Kit de lanceta hematológica automática
- Cartuchos para las personas con deficiencia visual
- Sistemas de gestión de datos sobre la diabetes
- Cartuchos desechables de insulina y para plumas
- Dispositivos para dibujar para las personas con deficiencia visual
- Equipo para el uso de la bomba
- Glucagón para inyectar a fin de elevar la concentración de glucosa en sangre
- Tiras reactivas de acetona para la glucosa
- Kit de glucosa
- Monitor de glucosa con o sin funciones especiales para las personas con deficiencia visual, soluciones de control y tiras reactivas para el monitor de glucosa en el hogar
- Cinta reactiva para la glucosa
- Análisis o tiras reactivas para la glucosa
- Ayudas para inyecciones
- Inyector (Busher) automático
- Insulina
- Entrega de cartuchos de insulina
- Dispositivos para la infusión de insulina
- Bomba de insulina
- Lancetas
- Agentes orales, como tabletas y geles de glucosa
- Agentes orales antidiabéticos utilizados para reducir el nivel de azúcar en sangre
- Jeringa con aguja, caja estéril de 1 cc
- Productos para análisis de orina para medir glucosa y cetonas
- Suministros adicionales, según designe como apropiados para el tratamiento de la diabetes el Comisionado de Salud del estado de New York, por medio de una regulación

Los equipos y suministros para diabéticos solamente se cubren cuando se obtienen de un fabricante designado de equipos o suministros para diabéticos, que tenga un acuerdo con nosotros para proporcionar todos los equipos y suministros para diabéticos requeridos por ley para los miembros a través de las farmacias participantes. Si usted requiere un artículo que no está disponible a través de nuestro fabricante de equipos o suministros para diabéticos, usted o su proveedor deben presentar una solicitud para que se realice una excepción médica llamando al 800-300-8181 (TTY 711). Nuestro director médico tomará todas las determinaciones aplicables a las excepciones médicas. Los equipos y suministros para diabéticos se limitan a un suministro para 30 días hasta un suministro para 90 días como máximo cuando se adquieren.

2. Educación sobre autoadministración

La educación sobre autoadministración para la diabetes está diseñada para educar a las personas con diabetes con respecto a la autoadministración y el tratamiento adecuados de su condición diabética, que incluye información sobre dietas adecuadas. Cubrimos educación sobre autoadministración y nutrición cuando hay un diagnóstico inicial de diabetes; cuando un médico diagnostica un cambio significativo en sus síntomas o en la condición que necesita un cambio en su educación sobre autoadministración; o cuando necesita un curso de actualización. Debe proporcionarse conforme a lo siguiente:

- Por un médico, otro proveedor de cuidados médicos autorizado para recetar en virtud del Título 8 de la Ley de Educación de New York o su personal durante una visita al consultorio
- Luego de obtener la preautorización de su médico u otro proveedor de cuidados médicos autorizado para recetar en virtud del Título 8 de la Ley de Educación de New York a los siguientes educadores de la salud no médicos: enfermeros educadores de la diabetes certificados, nutricionistas certificados, dietistas certificados y dietistas registrados en un ámbito grupal cuando sea posible
- La educación también se impartirá en su hogar cuando sea médicamente necesario

3. Limitaciones

Los artículos solo se proporcionarán en las cantidades que correspondan según el plan de tratamiento desarrollado por el médico para usted. Cubrimos solo los modelos básicos de monitores de glucosa en sangre a menos que usted tenga necesidades especiales relacionadas con una vista deficiente o ceguera o si el monitor es médicamente necesario por otros motivos.

Terapia escalonada para equipos y suministros para la diabetes

La terapia escalonada es un programa que requiere que usted pruebe un tipo de medicamento recetado, suministro o equipo para la diabetes, a menos que otro medicamento recetado, suministro o equipo sea médicamente necesario. Los medicamentos recetados, suministros o equipos para la diabetes que están sujetos a la terapia escalonada incluyen:

- Medidores de glucosa y tiras reactivas para la diabetes
- Suministros para diabéticos (que incluyen, entre otros, jeringas, lancetas, agujas, plumas de insulina)
- Insulina
- Agentes antidiabéticos inyectables
- Agentes antidiabéticos orales

Estos artículos también requieren una preautorización y se revisarán para determinar su necesidad médica. Para obtener información sobre los medicamentos recetados para la diabetes, consulte las cláusulas sobre terapia escalonada en la sección **Medicamentos recetados** y las cláusulas sobre la determinación de anulación del protocolo de la terapia escalonada en la sección **Revisión de utilización** de este contrato.

B. Equipo médico duradero y férulas

Cubrimos el alquiler o la compra de equipo médico duradero y de férulas.

1. Equipo médico duradero

El equipo médico duradero es un equipo que:

- Está diseñado y destinado para el uso constante.
- Se usa principal y comúnmente con propósitos médicos.
- Generalmente no es útil para una persona que no sufre una enfermedad o lesión.
- Es apropiado para uso domiciliario.

La cobertura incluye solo equipos estándar. Cubrimos el costo de la reparación o del reemplazo cuando sean necesarios debido al uso y desgaste normales. No cubrimos el costo de las reparaciones o el reemplazo si son consecuencias del uso incorrecto o del abuso. Determinaremos si se debe alquilar o comprar dicho equipo. No cubrimos equipo médico duradero de venta libre.

No cubrimos equipo diseñado para su comodidad o conveniencia (como piscinas, bañeras, equipos de aire acondicionado, saunas, humidificadores, deshumidificadores, equipos para realizar ejercicios), ya que no cumplen con la definición de equipo médico duradero.

2. Férulas

Cubrimos férulas, incluidos aparatos ortopédicos, que se usen de forma externa y que ayuden temporal o permanentemente a la totalidad o parte de una función externa del cuerpo que se haya perdido o dañado como resultado de una lesión, enfermedad o defecto. La cobertura incluye solo equipos estándar. Cubrimos los reemplazos cuando son necesarios debido al crecimiento de la persona o a un cambio en su condición médica. No cubrimos el costo de las reparaciones o el reemplazo si son consecuencias del uso incorrecto o del abuso.

C. Audífonos

1. Audífonos externos

Cubrimos audífonos necesarios para la corrección de una discapacidad auditiva (una reducción en la capacidad para percibir el sonido que puede variar entre sordera leve y total). Los audífonos son dispositivos electrónicos de amplificación diseñados para que el sonido llegue con más eficacia al oído. Un audífono consta de un micrófono, un amplificador y un receptor.

Los servicios cubiertos están disponibles para un audífono que se compre como resultado de una recomendación por escrito de un médico e incluyen el audífono y los cargos por la colocación y las pruebas asociadas. Cubrimos una única compra (incluida la reparación y/o el reemplazo) de audífonos para uno o ambos oídos una vez cada tres años.

2. Implantes cocleares

Cubrimos audífonos que se fijan en el hueso (es decir, implantes cocleares) cuando son médicamente necesarios para corregir una discapacidad auditiva. Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que los audífonos que se fijan en el hueso son médicamente necesarios:

- Anomalías craneofaciales cuyos conductos auditivos anormales o faltantes imposibilitan el uso de un audífono portátil
- Pérdida de la audición de una gravedad tal que no podría remediarse de forma adecuada con un audífono portátil

La cobertura es de un audífono por oído, de por vida. Cubrimos la reparación y/o el reemplazo de un audífono que se fija en el hueso únicamente por mal funcionamiento.

D. Hospicio

El cuidado para enfermos terminales está disponible si su médico tratante principal ha certificado que usted tiene seis meses de vida o menos. Cubrimos el cuidado para enfermos terminales para pacientes internados en un hospital o un hospicio y los servicios de cuidado médico en el hogar y para pacientes ambulatorios prestados por el hospicio, incluidos los medicamentos y los suministros médicos. Se proporciona cobertura para 210 días de cuidado para enfermos terminales.

Cubrimos el cuidado para enfermos terminales solo cuando se proporciona como parte de un programa de cuidado para enfermos terminales certificado conforme al Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de New York. Si el cuidado se ofrece fuera del estado de New York, el hospicio debe estar certificado a través de un proceso de certificación similar requerido por el estado en el que se encuentra el hospicio. No ofrecemos cobertura para: arreglos funerarios; consejería pastoral, financiera o legal; servicios de tareas domésticas, cuidador, o cuidado de relevo.

E. Suministros médicos

Cubrimos los suministros médicos que son necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión que esté cubierta por este contrato. También cubrimos los suministros de mantenimiento (por ejemplo, suministros de ostomía) para las condiciones cubiertas según este contrato. Todos estos suministros deben proporcionarse en la cantidad adecuada para el tratamiento o programa de mantenimiento en curso. No cubrimos los suministros médicos de venta libre. Consulte la sección **Equipos, suministros y educación sobre autoadministración para la diabetes** más arriba para obtener una descripción de la cobertura de suministros para diabéticos.

F. Prótesis

1. Dispositivos prostéticos externos

Cubrimos dispositivos prostéticos (incluidas las pelucas) que se usen externamente y que reemplacen de manera temporal o permanente una parte o la totalidad de una parte externa del cuerpo que se haya perdido o dañado como resultado de una lesión o enfermedad. Cubrimos las pelucas solo cuando usted sufre una pérdida de cabello grave debido a una lesión o enfermedad o como un efecto secundario del tratamiento de una enfermedad (por ejemplo, quimioterapia). No cubrimos las pelucas hechas con cabello humano a menos que usted sea alérgico a todos los materiales sintéticos con los que se confeccionan las pelucas.

No cubrimos dentaduras postizas u otros dispositivos que se utilizan en relación con los dientes a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental en los dientes sanos y naturales o que sean necesarios debido a una enfermedad o anomalía congénita.

Los anteojos y lentes de contacto no están cubiertos por esta sección y solo están cubiertos según la sección **Servicios de visión** de este contrato.

No cubrimos plantillas para zapatos.

Cubrimos las prótesis mamarias externas luego de una mastectomía; estas no están sujetas a ningún límite de por vida.

La cobertura incluye solo equipos estándar.

Cubrimos el costo de un solo dispositivo protésico, por extremidad, de por vida. También cubrimos el costo de la reparación y el reemplazo del dispositivo protésico y sus partes. No cubrimos el costo de las reparaciones o el reemplazo en garantía, o si la reparación o el reemplazo son consecuencias del uso incorrecto o del abuso.

2. Dispositivos protésicos internos

Cubrimos los dispositivos protésicos y aparatos especiales implantados de forma quirúrgica si estos mejoran o recuperan la función de una parte interna del cuerpo que haya sido amputada o dañada como resultado de una enfermedad o lesión. Esto incluye las prótesis mamarias implantadas luego de una mastectomía o mastectomía parcial de la manera que usted y su médico tratante determinen apropiada.

La cobertura también incluye la reparación y el reemplazo debido al crecimiento o al uso y desgaste normales.

La cobertura incluye solo equipos estándar.

SECCIÓN XI - SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Consulte la sección **Tabla de beneficios** de este contrato para obtener información sobre los requisitos de costos compartidos, los límites de días o visitas, así como cualquier otro requisito de preautorización que corresponda a estos beneficios.

A. Servicios hospitalarios

Cubrimos los servicios hospitalarios para pacientes internados para la atención o el tratamiento de casos agudos que proporcione o indique un profesional médico para una enfermedad o lesión de una gravedad tal que deba ser tratada de forma hospitalaria. Estos servicios incluyen:

- Comida y estadía en habitación semiprivada.
- Atención de enfermería general, especial y crítica.
- Comidas y dietas especiales.
- El uso de salas y equipos de operaciones, recuperación y cistoscopia.
- El uso de unidades y equipos de cuidados intensivos, cuidado especial o atención cardíaca.
- Artículos de diagnóstico y terapéuticos, como fármacos y medicamentos, sueros, productos biológicos y vacunas, preparaciones intravenosas y tintes de visualización y administración, excepto aquellos que no están comercialmente disponibles para la compra y el hospital no puede conseguir fácilmente.
- Apósitos y yeso.
- Los suministros y el uso de equipos relacionados con el oxígeno, la anestesia, la fisioterapia, la quimioterapia, los electrocardiogramas, los electroencefalogramas, las radiografías y la radioterapia, así como los exámenes de laboratorio y patológicos.
- Sangre y productos sanguíneos, excepto cuando usted pueda participar en un programa voluntario de reemplazo de sangre.
- Radioterapia, terapia de inhalación, quimioterapia, rehabilitación pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla a corto plazo.
- Cualquier otro servicio y suministro médico adicional que usted reciba mientras esté registrado como un paciente hospitalizado y que sea facturado por el hospital.

El requisito de costos compartidos de la sección **Tabla de beneficios** de este contrato se aplica a una internación hospitalaria continua, es decir, días consecutivos de servicio hospitalario como paciente hospitalizado o internaciones consecutivas cuando el alta y la nueva admisión en el hospital ocurran en un periodo no mayor de 90 días por las mismas causas o causas relacionadas.

B. Servicios de observación

Cubrimos los servicios de observación en un hospital. Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se prestan para ayudar a un médico a decidir si debe admitirlo o darle el alta. Estos servicios incluyen el uso de una cama y un control periódico por parte de los enfermeros u otro personal certificado.

C. Servicios médicos para pacientes hospitalizados

Cubrimos las visitas médicas de un profesional de salud en cualquier día de cuidado de pacientes hospitalizados que cubra este contrato.

D. Hospitalización para atención de maternidad

Cubrimos la atención de maternidad para pacientes internadas en un hospital para la madre y atención como paciente hospitalizado en un hospital para el recién nacido durante al menos las 48 horas posteriores a un parto normal y durante al menos 96 horas luego de un parto por cesárea, independientemente de que dicha atención sea médicamente necesaria o no. La atención proporcionada debe incluir educación para los padres, asistencia y capacitación sobre cómo amamantar o alimentar con biberón al bebé y la realización de cualquier evaluación clínica necesaria para la madre y el recién nacido. También cubriremos cualquier día adicional de dicha atención que determinemos que es médicamente necesario. En el caso de que la madre elija dejar el hospital y solicite una visita de cuidado médico en el hogar antes de que finalice el periodo de cobertura mínimo de 48 o 96 horas, cubriremos una visita de cuidado médico en el hogar. Esta visita de cuidado médico en el hogar se realizará dentro de las 24 horas posteriores al momento en que la madre recibe el alta o cuando ella lo solicite, lo que sea más tarde. Nuestra cobertura para esta visita de cuidado médico en el hogar se agregará a las visitas de cuidado médico en el hogar establecidas según este contrato y no estará sujeta a ningún monto de costos compartidos de la sección **Tabla de beneficios** de este contrato que se aplica a los beneficios de cuidado médico en el hogar.

Cubrimos además el uso de leche materna pasteurizada de donante para pacientes hospitalizados, que puede incluir complementos médicamente necesarios, indicados por un profesional médico para un recién nacido que no puede recibir leche materna debido a un problema médico o físico, no puede ser amamantado o cuya madre no puede médica o físicamente producir leche materna o producirla en cantidades suficientes o no puede amamantar a pesar de tener apoyo óptimo para la lactancia. El bebé debe tener un peso al nacer documentado de menos de 1,500 gramos o una condición congénita o adquirida que lo ponga en un alto riesgo de desarrollar enterocolitis necrotizante.

E. Hospitalización para atención por mastectomía

Cubrimos servicios para pacientes hospitalizados para los suscriptores que se sometan a una disección del ganglio linfático, tumorectomía, mastectomía o mastectomía parcial para el tratamiento del cáncer de mama y cualquier complicación física que surja de la mastectomía, incluido un linfedema, por un periodo que usted y su médico tratante determinen que sea médicamente apropiado.

F. Servicios de banco de sangre autóloga

Cubrimos los servicios de banco de sangre autóloga solo cuando se presten en relación con un procedimiento programado y cubierto para pacientes hospitalizados para el tratamiento de una enfermedad o lesión. En tales casos, cubrimos los cargos por un periodo razonable de almacenamiento, que sea apropiado para tener la sangre disponible cuando sea necesaria.

G. Servicios de habilitación

Cubrimos servicios de habilitación para pacientes hospitalizados, que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.

H. Servicios de rehabilitación

Cubrimos servicios de rehabilitación con hospitalización, que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.

Cubrimos la fisioterapia y la terapia del habla solo cuando:

- Dicha terapia se relaciona con el tratamiento o diagnóstico de su enfermedad o lesión;
- La terapia es indicada por un médico; y
- Usted haya sido hospitalizado o sometido a una cirugía por dicha enfermedad o lesión.

Los servicios de rehabilitación cubiertos deben comenzar dentro de los seis meses de lo que ocurra más tarde:

- La fecha de la lesión o enfermedad que originó la necesidad de recibir terapia;
- La fecha en la que usted es dado de alta de un hospital donde se le proporcionó el tratamiento quirúrgico; o
- La fecha en que se proporcionó la atención quirúrgica como paciente ambulatorio.

I. Centro de enfermería especializada

Cubrimos los servicios prestados en un centro de enfermería especializada, incluso la atención y el tratamiento en una habitación semiprivada, según se detalla en la sección **Servicios hospitalarios** más arriba. La atención de custodia, a convalecientes o a domicilio no está cubierta (consulte la sección **Exclusiones y limitaciones** de este contrato). La admisión en un centro de enfermería especializada debe estar respaldada por un plan de tratamiento preparado por su proveedor y aprobado por nosotros. Cubrimos hasta 200 días por año del plan para atención que no sea de custodia.

J. Atención al final de la vida

Si se le diagnostica cáncer avanzado y le quedan menos de 60 días de vida, cubriremos la atención para casos agudos que se preste en un centro certificado según el Artículo 28 o en un centro de atención para casos agudos que se especialice en la atención de enfermos terminales. Su médico tratante y el director médico del centro deben estar de acuerdo en que su atención se prestará de la forma adecuada en el centro. Si nosotros no estamos de acuerdo con su admisión en el centro, tenemos derecho a iniciar una apelación externa acelerada ante un agente de apelaciones externas. Cubriremos y reembolsaremos al centro por su atención, sujeto a cualquier límite aplicable en este contrato, hasta que el agente de apelaciones externas dé una decisión a nuestro favor.

Reembolsaremos a los proveedores no participantes por esta atención al final de la vida de la siguiente manera:

1. Reembolsaremos una tarifa que se haya negociado entre nosotros y el proveedor.
2. Si no hay una tarifa negociada, reembolsaremos el cuidado agudo a la tarifa de cuidado agudo de Medicare actual del centro.
3. En caso de que sea un nivel alternativo de cuidado, reembolsaremos el 75% de la tarifa de cuidado agudo de Medicare correspondiente.

K. Limitaciones/términos de cobertura

- No cubriremos cargos adicionales por cuidado de enfermería especializada, cargos por habitaciones privadas (a menos que una habitación privada sea médicamente necesaria) ni los medicamentos y suministros que usted se lleve a su casa desde el centro. Si ocupa una habitación privada y dicha habitación no es médicamente necesaria, nuestra cobertura se basará en el cargo máximo por habitación semiprivada del centro. Usted deberá pagar la diferencia entre dicho cargo y el cargo por la habitación privada.

- No cubrimos los gastos de radio, teléfono ni televisión ni los servicios de belleza o peluquería.
- No cubrimos ningún cargo en el que se incurra después del día en el que le comuniquemos que ya no es médicamente necesario que usted reciba cuidado de pacientes hospitalizados, a menos que nuestra denegación sea anulada por un agente de apelaciones externas.

SECCIÓN XII - SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD MENTAL Y POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Consulte la sección **Tabla de beneficios** de este contrato para obtener información sobre los requisitos de costos compartidos, los límites de días o visitas y cualquier otra información sobre preautorización o requisitos de preautorización que correspondan a estos beneficios, los cuales no son más restrictivos que aquellos que corresponden a los beneficios médicos y quirúrgicos de acuerdo con la Ley Federal de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008.

A. Servicios de cuidado de salud mental. Cubrimos los siguientes servicios de cuidado de salud mental para tratar una condición de salud mental. A los efectos de este beneficio, “condición de salud mental” significa cualquier trastorno de salud mental según se define en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

1. Servicios para pacientes hospitalizados

Cubrimos servicios de cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de condiciones de salud mental, de manera comparable con otra cobertura hospitalaria, médica y quirúrgica similar, que se ofrezca según este contrato. La cobertura de los servicios para pacientes hospitalizados para el cuidado de salud mental se limita a los centros definidos en la Sección 1.03(10) de la Ley de Salud Mental de New York, entre ellos:

- Un centro psiquiátrico o centro para pacientes hospitalizados bajo la jurisdicción de la Oficina de Salud Mental del estado de New York.
- Un centro de atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados operado por el gobierno estatal o local.
- Una parte de un hospital que proporciona servicios de cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados en virtud de un certificado de funcionamiento emitido por el Comisionado de Salud Mental del estado de New York.
- Un programa de emergencia psiquiátrica integral u otro centro que proporcione cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados que cuente con un certificado de funcionamiento emitido por el Comisionado de Salud Mental del estado de New York.

Y, en otros estados, la cobertura se limita a centros autorizados o certificados de forma similar. A falta de un centro autorizado o certificado de manera similar, el centro debe estar acreditado por la Joint Commission on Accreditation of HealthCare Organizations o una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros.

También cubrimos servicios de cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de condiciones de salud mental, recibidos en centros que ofrecen tratamiento residencial, incluidos cargos por alojamiento y comida. La cobertura de los servicios de tratamiento residencial se limita a los centros definidos en la Sección 1.03 de la Ley de Salud Mental de New York y a los centros de tratamiento residencial que forman parte de un centro de cuidado médico integral de los trastornos alimenticios identificados conforme al Artículo 30 de la Ley de Salud Mental de New York; y, en otros estados, la cobertura se limita a los centros que están autorizados o certificados para proporcionar el mismo nivel de tratamiento. A falta de un centro autorizado o certificado de manera similar, el centro debe estar acreditado por la Joint Commission on Accreditation of HealthCare Organizations o una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros.

2. Servicios para pacientes ambulatorios

Cubrimos servicios de cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios, incluidos, entre otros, los servicios del programa de hospitalización parcial y los servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de condiciones de salud mental. Cubrimos hasta un total de 20 visitas de consejería familiar durante un año del plan. La consejería familiar incluye visitas de consejería familiar con el inscrito presente y visitas de consejería familiar sin el inscrito presente. La cobertura de servicios de cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios incluye centros que cuentan con un certificado de funcionamiento conforme al Artículo 31 de la Ley de Salud Mental de New York o que son operados por la Oficina de Salud Mental del estado de New York; y, en otros estados, incluye centros autorizados o certificados de forma similar. También incluye los servicios prestados por un psiquiatra o psicólogo certificado, un trabajador social clínico certificado que tenga al menos tres años de experiencia adicional en psicoterapia, un enfermero especializado certificado, un consejero de salud mental certificado, un terapeuta de familia o de pareja certificado, un psicoanalista certificado, o una corporación profesional o un cuerpo de profesores universitarios perteneciente a dicha corporación profesional. A falta de un centro autorizado o certificado de manera similar, el centro debe estar acreditado por la Joint Commission on Accreditation of HealthCare Organizations o una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros. Los servicios para pacientes ambulatorios también incluyen consejería nutricional para tratar una condición de salud mental.

3. Trastorno del espectro autista

Cubrimos los siguientes servicios cuando dichos servicios sean recetados o indicados por un médico o un psicólogo certificados y nosotros hayamos determinado que son médicamente necesarios para la detección, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno del espectro autista. A los efectos de este beneficio, “trastorno del espectro autista” significa cualquier trastorno generalizado del desarrollo según lo definido en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en el momento en que se prestan los servicios.

i. Pruebas de detección y diagnóstico

Cubrimos evaluaciones, pruebas y análisis para determinar si alguien padece del trastorno del espectro autista.

ii. Dispositivos de comunicación asistida

Cubrimos una evaluación formal por parte de un patólogo del habla y el lenguaje para determinar la necesidad de utilizar un dispositivo de comunicación asistida. A partir de la evaluación formal, cubrimos el alquiler o la compra de dispositivos de comunicación asistida cuando lo indique o recete un médico o psicólogo certificados si usted no puede comunicarse a través de medios normales (es decir, el habla o la escritura) y cuando la evaluación indica que un dispositivo de comunicación asistida podría ofrecerle una mejor comunicación. Entre los ejemplos de dispositivos de comunicación asistida se incluyen los paneles de comunicación y los dispositivos de generación de voz. La cobertura se limita a los dispositivos dedicados. Solo cubriremos dispositivos que generalmente no sean útiles para una persona que carezca de dificultades para la comunicación. No cubrimos elementos tales como, entre otros, computadoras portátiles, de escritorio o tabletas. Cubrimos software y/o aplicaciones que permitan que una computadora portátil, de escritorio o tableta funcionen como un dispositivo de generación de voz. La instalación del programa y/o el soporte técnico no se reembolsa por separado. Nosotros determinaremos si se debe comprar o alquilar el dispositivo.

Cubrimos la reparación, los componentes de reemplazo y los ajustes de dichos dispositivos cuando sean necesarios debido al uso y desgaste normales o por un cambio significativo en su condición física. No cubrimos el costo de la reparación o del reemplazo necesarios debido a la pérdida o los daños causados por mal uso, maltrato o robo; sin embargo, cubrimos una reparación o un reemplazo por tipo de dispositivo que sean necesarios debido a problemas de conducta. La cobertura se ofrecerá para el dispositivo más apropiado para su nivel funcional actual. No proporcionamos cobertura para los cargos por entrega o servicio o por mantenimiento de rutina.

iii. Tratamiento de la salud conductual

Cubrimos programas de consejería y tratamiento que sean necesarios para desarrollar, mantener o recuperar, hasta el máximo nivel posible, las funciones de una persona. Proporcionaremos dicha cobertura cuando sea provista por un proveedor certificado. Cubrimos el análisis conductual aplicado cuando sea realizado por un profesional médico autorizado o certificado especializado en análisis conductual aplicado. “Análisis conductual aplicado” hace referencia al diseño, la implementación y la evaluación de modificaciones del entorno, mediante el uso de estímulos de la conducta y consecuencias, para producir mejoras socialmente significativas en la conducta humana, incluido el uso de la observación directa, la medición y el análisis funcional de la relación entre el entorno y la conducta. El programa de tratamiento debe describir objetivos mensurables que traten la condición y las dificultades funcionales para las que se aplicará la intervención y debe incluir los objetivos desde una evaluación inicial y las evaluaciones interinas siguientes durante toda la intervención en términos objetivos y mensurables.

iv. Atención psiquiátrica y psicológica

Cubrimos servicios directos o de consulta ofrecidos por un psiquiatra o psicólogo o un trabajador social clínico certificado con la experiencia requerida por la Ley de Seguros de New York, certificado en el estado en el cual está ejerciendo.

v. Atención terapéutica

Cubrimos servicios terapéuticos necesarios para desarrollar, mantener o recuperar, en la mayor medida posible, las funciones de la persona cuando dichos servicios son prestados por terapeutas físicos, ocupacionales o del habla y trabajadores sociales autorizados o certificados para tratar el trastorno del espectro autista y cuando los servicios prestados por dichos proveedores están de otra forma cubiertos según este contrato. Salvo según lo prohíba la ley, los servicios prestados según este párrafo deben incluirse en cualquier máximo para visitas aplicable a los servicios de dichos terapeutas o trabajadores sociales conforme a este contrato.

vi. Atención de farmacia

Cubrimos medicamentos recetados para tratar el trastorno del espectro autista que son recetados por un proveedor autorizado legalmente para recetar de acuerdo con el Título 8 de la Ley de Educación de New York. La cobertura de dichos medicamentos recetados está sujeta a todos los términos, cláusulas y limitaciones que se aplican a los beneficios para medicamentos recetados según este contrato.

vii. Limitaciones

No cubrimos ningún servicio ni tratamiento estipulados anteriormente cuando dicho servicio o tratamiento se proporcione conforme a un plan educativo individualizado según la Ley de Educación de New York. La prestación de los servicios conforme a un plan de servicio familiar

individualizado según la Sección 2545 de la Ley de Salud Pública de New York, un plan educativo individualizado según el Artículo 89 de la Ley de Educación de New York o un plan de servicio individualizado conforme a las disposiciones de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo del Estado de New York no deberá afectar la cobertura según este contrato para los servicios prestados de forma suplementaria fuera de un ámbito educativo si dichos servicios están recetados por un médico o un psicólogo certificados.

Usted debe cumplir con las cláusulas sobre copagos o coseguros correspondientes, según este contrato, para servicios similares. Por ejemplo, cualquier copago o coseguro que se aplique a las visitas de fisioterapia generalmente se aplicará también a los servicios de fisioterapia cubiertos según este beneficio; y cualquier copago o coseguro por medicamentos recetados generalmente se aplicará también a los medicamentos recetados cubiertos según este beneficio. Consulte la sección de la **Tabla de beneficios** de este contrato para revisar los requerimientos de costos compartidos que se aplica a los servicios de análisis conductual aplicado y los dispositivos de ayuda para la comunicación.

B. Servicios por abuso de sustancias. Cubrimos los siguientes servicios por abuso de sustancias para tratar un trastorno de abuso de sustancias. A los efectos de este beneficio, “trastorno de abuso de sustancias” significa cualquier trastorno de abuso de sustancias según se define en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

1. Servicios para pacientes hospitalizados

Cubrimos servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de trastornos de abuso de sustancias. Esto incluye cobertura de servicios de desintoxicación y rehabilitación para trastornos de abuso de sustancias. Los servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados se limitan a los centros del estado de New York que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por la Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones (OASAS); y, en otros estados, a aquellos centros que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por una agencia estatal similar y que estén acreditados por la Joint Commission o una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros como programas de tratamiento del alcoholismo, el abuso de sustancias o la dependencia de sustancias químicas.

También cubrimos servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del trastorno de abuso de sustancias, recibidos en centros que ofrecen tratamiento residencial, incluidos cargos por alojamiento y comida. La cobertura de servicios de tratamiento residencial se limita a los centros que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por la OASAS; y, en otros estados, a aquellos centros que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por una agencia estatal similar y que estén acreditados por la Joint Commission o una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros como programas de tratamiento del alcoholismo, el abuso de sustancias o la dependencia de sustancias químicas, para proporcionar el mismo nivel de tratamiento.

2. Servicios para pacientes ambulatorios

Cubrimos los servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del trastorno de abuso de sustancias, incluidos, entre otros, los servicios del programa de hospitalización parcial, los servicios del programa

intensivo para pacientes ambulatorios, programas de tratamiento de adicción a los opioides como los servicios de apoyo de pares, consejería y tratamiento asistido con medicamentos. Dicha cobertura se limita a los centros del estado de New York que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por la OASAS para proporcionar servicios asociados al trastorno de abuso de sustancias; y, en otros estados, a aquellos centros que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por una agencia estatal similar y que estén acreditados por la Joint Commission o una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros como programas de tratamiento del alcoholismo, el abuso de sustancias o la dependencia de sustancias químicas. La cobertura en un centro certificado por la OASAS incluye servicios prestados por un proveedor acreditado por la OASAS. La cobertura también está disponible en el consultorio de un profesional para servicios asociados al trastorno de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del alcoholismo, el abuso y la dependencia de sustancias o prestados por médicos a los que se les haya concedido una exención conforme a la Ley Federal de Tratamientos para la Drogadicción de 2000 para recetar medicamentos narcóticos de las Listas III, IV y V para el tratamiento de la adicción a los opioides durante la etapa de desintoxicación aguda del tratamiento o durante las etapas de la rehabilitación.

SECCIÓN XIII - COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Consulte la sección **Tabla de beneficios** de este contrato para obtener información sobre los requisitos de costos compartidos, los límites de días o visitas, así como cualquier otra información sobre preautorización o requisitos de preautorización que corresponda a estos beneficios.

A. Medicamentos recetados cubiertos

Cubrimos los medicamentos recetados médicamente necesarios que, a menos que se exprese específicamente lo contrario, pueden dispensarse únicamente conforme a una receta y:

- De conformidad con la ley, deben incluir la leyenda “Caution: Federal Law prohibits dispensing without a prescription” (Precaución: la dispensación sin receta está prohibida por la ley federal).
- Están aprobados por la FDA.
- Son indicados por un proveedor autorizado para recetar y dentro del alcance del ejercicio profesional del proveedor.
- Se recetan según las guías de dosis y administración aprobadas por la FDA.
- Son dispensados por una farmacia certificada.

Entre los medicamentos recetados cubiertos se incluyen los siguientes:

- Medicamentos recetados autoinyectables/autoadministrados.
- Inhaladores (con espaciadores).
- Preparaciones dentales tópicas.
- Vitaminas prenatales, vitaminas con flúor y vitaminas individuales.
- Medicamentos y dispositivos para la osteoporosis aprobados por la FDA o equivalentes genéricos como sustitutos aprobados para el tratamiento de la osteoporosis que cumplen con los criterios del programa federal Medicare o de los Institutos Nacionales de Salud.
- Fórmulas nutricionales para el tratamiento de la fenilcetonuria, la cetonuria de cadena ramificada, la galactosemia y la homocistinuria.
- Fórmulas de nutrición enteral recetadas y sin receta para uso en el hogar, ya sea para administración oral o para alimentación por sonda, para las cuales un médico u otro proveedor certificado ha emitido una orden por escrito. La orden escrita debe indicar que la fórmula enteral es médicamente necesaria y que se ha demostrado su eficacia como régimen de tratamiento para una enfermedad específica. Entre las enfermedades y los trastornos específicos se incluyen, entre otros: enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos u ácidos orgánicos, enfermedad de Crohn, reflujo gastroesofágico, motilidad gastroesofágica como pseudo obstrucción intestinal crónica y diversas alergias graves a los alimentos. Entre las diversas alergias a los alimentos se incluyen, entre otras: alergias a varias proteínas de alimentos, mediadas y no mediadas por la inmunoglobulina E; síndrome grave de enterocolitis inducida por proteínas; trastornos eosinófilos y absorción alterada de nutrientes a causa de trastornos que afectan la superficie absorbente, la función, la extensión y la motilidad del tubo digestivo.
- Productos alimenticios sólidos modificados que tienen bajo contenido proteico o que contienen proteínas modificadas o una base de aminoácidos para tratar ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos, así como condiciones de alergias graves a las proteínas.

- Medicamentos recetados indicados junto con un tratamiento o con servicios cubiertos según el beneficio de tratamiento de la infertilidad detallado en la sección **Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios** de este contrato.
- Medicamentos contra el cáncer usados de forma distinta de lo indicado en la etiqueta, siempre y cuando el medicamento recetado esté reconocido para el tratamiento del tipo específico de cáncer para el cual se receta en uno de los siguientes compendios de referencia: American Hospital Formulary Service Drug Information; National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium; Thomson Micromedex DrugDex; Clinical Pharmacology de Elsevier/Gold Standard; o cualquier otro compendio principal que esté identificado por la Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos o por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; o recomendado por un artículo de revisión o comentario editorial en una publicación profesional principal revisada por colegas.
- Medicamentos orales anticancerosos que se usan para destruir las células cancerosas o retrasar su desarrollo.
- Medicamentos para dejar de fumar, incluidos medicamentos de venta libre para los cuales se cuenta con una orden por escrito y medicamentos recetados indicados por un proveedor.
- Medicamentos recetados preventivos, incluidos los medicamentos de venta libre para los cuales hay una orden escrita, proporcionados de acuerdo con las guías integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) o que posean una clasificación de “A” o “B” del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).
- Medicamentos recetados para el tratamiento de trastornos de salud mental y de abuso de sustancias, incluidos los medicamentos para la desintoxicación, el mantenimiento y para revertir una sobredosis.
- Medicamentos, dispositivos y otros productos anticonceptivos, incluso los medicamentos, dispositivos y otros productos anticonceptivos de venta libre, aprobados por la FDA y según lo indiquen o lo autoricen de otro modo las leyes estatales o federales. “Productos anticonceptivos de venta libre” significa aquellos productos previstos en guías integrales respaldadas por la HRSA. La cobertura también incluye anticoncepción de emergencia cuando se proporciona conforme a una receta o cuando se proporciona legalmente sin receta. Puede solicitar cobertura para una versión alternativa de un medicamento, dispositivo u otro producto anticonceptivo si el medicamento, dispositivo u otro producto anticonceptivo cubierto no está disponible o se considera no aconsejable por motivos médicos, según lo determine su proveedor de cuidados médicos.

Usted puede solicitar una copia de nuestro formulario. El formulario también está disponible en nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan. Puede preguntar si un medicamento específico está cubierto según este contrato llamándonos al 800-300-8181 (TTY 711).

B. Reposiciones

Cubrimos las reposiciones de medicamentos recetados solo cuando se dispensen en una farmacia minorista o una farmacia de pedido por correo, según lo indicado por un proveedor autorizado. No se proporcionarán beneficios para reposiciones cuando haya pasado un año desde la fecha de la receta original. En el caso de gotas para ojos recetadas, permitimos la reposición limitada de la receta antes del último día del periodo de dosis aprobado, independientemente de cualquier restricción de cobertura sobre la reposición temprana de renovaciones. En la mayor medida posible, la cantidad de gotas para ojos de la reposición temprana se limitará a la cantidad restante

en la dosis que se dispensó en un primer momento. Sus costos compartidos para la reposición limitada son el monto que se aplica a cada receta o reposición según lo estipulado en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato.

C. Información sobre beneficios y pagos

1. Gastos de costos compartidos

Usted debe pagar los costos detallados en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato cuando obtenga los medicamentos recetados cubiertos en una farmacia minorista.

El diseño de su plan tiene tres niveles, lo que significa que sus gastos de bolsillo serán, por lo general, más bajos para los medicamentos recetados del Nivel 1 y más altos para los medicamentos recetados del Nivel 3. Su gastos de bolsillo para los medicamentos recetados del Nivel 2 serán, por lo general, más altos que para los medicamentos del Nivel 1, pero más bajos que para los del Nivel 3.

Usted debe pagar el costo total (el monto que le cobre la farmacia) de cualquier medicamento recetado no cubierto, y no dispondrá de nuestras tarifas contratadas (nuestro costo para medicamentos recetados).

2. Farmacias participantes

Para los medicamentos recetados comprados en una farmacia minorista o de pedido por correo participante, usted deberá pagar el monto más bajo de los siguientes:

- Los costos compartidos correspondientes;
- El costo de ese medicamento recetado; o
- Sus costos compartidos jamás excederán el cargo habitual y acostumbrado del medicamento recetado.

3. Farmacias no participantes

No pagaremos ningún medicamento recetado que compre en una farmacia minorista o de pedido por correo no participante.

4. Pedido por correo

Ciertos medicamentos recetados se pueden pedir a través de nuestra farmacia de pedido por correo después de un suministro inicial para 30 días, a excepción de los medicamentos, dispositivos o productos anticonceptivos que están disponibles para un suministro para 12 meses. Usted debe pagar el monto más bajo de los siguientes:

- Los costos compartidos correspondientes.
- El costo de ese medicamento recetado.

Sus costos compartidos jamás excederán el cargo habitual y razonable del medicamento recetado.

A fin de aprovechar al máximo su beneficio, pídale a su médico una receta o una reposición para un suministro para 90 días con reposiciones cuando correspondan (no un suministro para 30 días con tres reposiciones). Es posible que deba pagar los costos compartidos del pedido por correo por cualquier receta o reposición que se envíe al proveedor de pedido por correo, independientemente de la cantidad de días de suministro escritos en la receta o en la reposición.

Los medicamentos recetados adquiridos a través de pedido por correo se le enviarán directamente a su casa u oficina.

Ofreceremos los beneficios que se aplican a los medicamentos dispensados por una farmacia de pedido por correo a aquellos medicamentos comprados en una farmacia minorista cuando dicha farmacia minorista tenga un acuerdo de participación con nuestro proveedor en el cual acepta regirse por los mismos términos y condiciones que una farmacia de pedido por correo participante.

Usted o su proveedor podrán obtener una copia de la lista de medicamentos recetados que se encuentran disponibles a través de pedido por correo en nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 800-300-8181 (TTY 711).

5. Estado de clasificación por niveles

El nivel de un medicamento recetado puede variar periódicamente, pero no más de cuatro veces por año calendario, o cuando un medicamento de marca aparece disponible como medicamento genérico, como se explica a continuación, en función de nuestras decisiones de clasificación por niveles. Estos cambios pueden realizarse sin que usted reciba un aviso previo. Sin embargo, si tiene una receta para un medicamento que se cambiará a un nivel más alto o que se eliminará de nuestro formulario, se lo comunicaremos al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia.

Cuando se producen dichos cambios, sus costos compartidos pueden variar. También puede solicitar una excepción al formulario para un medicamento recetado que ya no aparece en el formulario, como se detalla a continuación y en la sección **Apelación externa** de este contrato. Puede acceder al estado más actualizado de clasificación por niveles en nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 800-300-8181 (TTY 711).

6. Cuando un medicamento de marca aparece disponible como medicamento genérico

Cuando un medicamento de marca aparece disponible como medicamento genérico, el nivel del medicamento recetado de marca puede cambiar. Si esto ocurre, deberá pagar los costos compartidos correspondientes al nivel en el que está asignado el medicamento recetado, o se eliminará el medicamento de marca del formulario y usted ya no tendrá beneficios para ese medicamento de marca determinado. Tenga en cuenta que si está tomando un medicamento de marca que luego se excluye o se coloca en un nivel más alto por tener un equivalente genérico disponible, recibirá una notificación escrita de este cambio 30 días antes de que entre en vigencia. Puede solicitar una excepción al formulario para un medicamento recetado que ya no aparece en el formulario, como se detalla a continuación y en la sección **Apelación externa** de este contrato.

7. Proceso de excepción al formulario

Si un medicamento recetado no está en nuestro formulario, usted, la persona que usted designe o su profesional médico que receta pueden solicitar una excepción al formulario para un medicamento recetado clínicamente apropiado por escrito, por vía electrónica o telefónicamente. La solicitud debe incluir una declaración de su proveedor de cuidados médicos que receta, en la cual se indique que todos los medicamentos del formulario serán o han sido ineficaces, no serían tan eficaces como el medicamento no incluido en el formulario o tendrían efectos adversos. Si se deniega la cobertura según nuestro proceso de excepción al formulario estándar o acelerado,

usted tiene derecho a una apelación externa como se indica en la sección **Apelación externa** de este contrato. Visite nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llame al 800-300-8181 (TTY 711) para obtener más información sobre este proceso.

Revisión estándar de una excepción al formulario

Tomaremos una decisión y se la comunicaremos a usted o a la persona que usted designe y al proveedor de cuidados médicos que receta, por teléfono y por escrito, dentro de las 72 horas luego de que recibamos su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento recetado mientras lo esté tomando, incluida cualquier reposición.

Revisión acelerada de una excepción al formulario

Si sufre de una condición médica que puede poner en grave peligro su salud, su vida o su capacidad para recuperar sus funciones por completo, o si actualmente se está sometiendo a un tratamiento con un medicamento recetado no incluido en el formulario, puede solicitar una revisión acelerada de una excepción al formulario. La solicitud debe incluir una declaración de su profesional médico que receta, en la que se indique que, razonablemente, usted podría resultar perjudicado si no se proporciona el medicamento solicitado dentro de los plazos de nuestro proceso estándar de excepción al formulario. Tomaremos una decisión y se la comunicaremos a usted o a la persona que usted designe y al proveedor de cuidados médicos que receta, por teléfono y por escrito, dentro de las 24 horas de que recibamos su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento recetado mientras usted sufra la condición médica que puede poner grave peligro su salud, su vida o su capacidad para recuperar sus funciones por completo, o mientras dure el tratamiento actual con un medicamento recetado no incluido en el formulario.

8. Límites de suministros

Con excepción de los medicamentos, dispositivos o productos anticonceptivos, no pagaremos más de un suministro para 30 días de un medicamento recetado comprado en una farmacia minorista. Usted debe pagar un monto de costos compartidos por un suministro para un máximo de 30 días.

Puede adquirir el suministro completo (para un máximo de 12 meses) de un medicamento, dispositivo o producto anticonceptivo dispensado al mismo tiempo. Los medicamentos, dispositivos o productos anticonceptivos no están sujetos a los costos compartidos cuando se proporcionan a través de una farmacia participante.

Se otorgarán beneficios para medicamentos recetados dispensados por una farmacia de pedido por correo por una cantidad que no supere el suministro para 90 días como máximo. Usted es responsable de pagar dos montos y medio (2.5) de costos compartidos por un suministro para 90 días.

Los medicamentos recetados de especialidad pueden estar limitados a un suministro para 30 días cuando se obtienen en una farmacia especializada de la red. Puede visitar nuestro sitio web empireblue.com/nyessentialplan o llamar al 800-300-8181 (TTY 711) para obtener más información sobre los límites de suministro de medicamentos recetados de especialidad.

Algunos medicamentos recetados pueden estar sujetos a límites de cantidad según los criterios que hemos desarrollado sobre la base de nuestra revisión y modificación periódica. El límite puede restringir la cantidad dispensada por receta o reposición, y/o la cantidad dispensada por suministro mensual. Ingrese en nuestro sitio web empireblue.com/nyessentialplan o llame al 800-300-8181 (TTY 711) para determinar si a un medicamento recetado se le asignó un nivel de cantidad máxima para su entrega. Si rechazamos una solicitud para cubrir una cantidad que excede nuestro nivel de cantidad, usted tiene derecho a presentar una apelación conforme a las secciones **Revisión de utilización** y **Apelación externa** de este contrato.

9. Suministro inicial limitado de medicamentos opioides recetados

Si recibe una receta inicial limitada para un suministro para siete días o menos de cualquier opioide de las Listas II, III o IV indicado para el dolor agudo, y usted tiene un copago, este será prorrateado. Si recibe un suministro adicional del medicamento recetado dentro del periodo de 30 días en el cual recibió el suministro para siete días, su copago por el resto del suministro para 30 días también será prorrateado. En ningún caso, los copagos prorrateados sumarán más de su copago por un suministro para 30 días.

10. Costos compartidos para medicamentos anticancerígenos administrados por vía oral

Sus costos compartidos para medicamentos anticancerígenos administrados por vía oral son el monto de los costos compartidos especificado en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato o el monto de los costos compartidos, si lo hubiera, que se aplica a los medicamentos anticancerígenos inyectados o administrados por vía intravenosa cubiertos según la sección **Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios** de este contrato.

D. Administración médica

Este contrato incluye ciertas características que determinan cuándo deben cubrirse los medicamentos recetados. Estas se detallan a continuación. Como parte de estas características, se le puede solicitar al proveedor que receta que proporcione más detalles para que podamos decidir si el medicamento recetado es médicamente necesario.

1. Preautorización

Es posible que para adquirir ciertos medicamentos recetados se necesite una preautorización a fin de garantizar que se haga un uso adecuado de ellos y que se sigan las guías de cobertura de medicamentos recetados. Cuando corresponda, su proveedor tendrá la responsabilidad de obtener la preautorización para el medicamento recetado. No se requiere preautorización para medicamentos cubiertos para tratar trastornos de abuso de sustancias, incluso medicamentos que pueden revertir una sobredosis de opioides que se le hayan recetado o dispensado.

Para obtener una lista de medicamentos recetados que requieren preautorización, visite nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llame al 800-300-8181 (TTY 711). La lista se revisa y actualiza periódicamente. También nos reservamos el derecho de solicitar una preautorización para cualquier medicamento recetado nuevo en el mercado o para cualquier medicamento recetado que se encuentre disponible actualmente y que experimente un cambio en los protocolos y/o las indicaciones de prescripción, independientemente de la clase terapéutica, incluso si un medicamento recetado o un artículo relacionado de la lista no están cubiertos según su contrato. Su proveedor puede consultarnos para averiguar qué medicamentos recetados están cubiertos.

2. Terapia escalonada

La terapia escalonada es un proceso en el cual usted puede tener que usar uno o más tipos de medicamentos recetados antes de que cubramos otro como médicamente necesario. Un “protocolo de terapia escalonada” significa una política, un protocolo o un programa en el cual establecimos la secuencia en la que aprobamos los medicamentos recetados para su condición médica. Al establecer un protocolo de terapia escalonada, utilizamos criterios reconocidos de revisión clínica basados en la evidencia y revisados por pares que también tienen en cuenta las necesidades de las poblaciones de pacientes y diagnósticos atípicos. Controlamos algunos medicamentos recetados para asegurarnos de que se sigan guías de emisión de recetas adecuadas. Estas guías le ayudan a obtener medicamentos recetados de alta calidad y costo-efectivos. Los medicamentos recetados que requieren preautorización conforme al programa de terapia escalonada también están incluidos en la lista de medicamentos con preautorización. Si corresponde un protocolo de terapia escalonada a su solicitud de cobertura de un medicamento recetado, usted, la persona que usted designe o su profesional médico pueden solicitar que una determinación de anulación de la terapia escalonada como se detalla en las secciones **Revisión de utilización** y **Apelación externa** de este contrato.

3. Sustitución terapéutica

La sustitución terapéutica es un programa opcional que les informa a usted y a sus proveedores sobre las alternativas a ciertos medicamentos recetados. Podemos ponernos en contacto con usted y su proveedor para informarles acerca de estas opciones. Solo usted y su proveedor pueden determinar si el sustituto terapéutico es adecuado para usted. Contamos con una lista de medicamentos de sustitución terapéutica, que revisamos y actualizamos periódicamente. Si tiene alguna pregunta o problema con los medicamentos de sustitución terapéutica, visite nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llame al 800-300-8181 (TTY 711).

E. Limitaciones/términos de cobertura

Nos reservamos el derecho de limitar las cantidades, los días de suministro, el acceso temprano a reposiciones y/o la duración de la terapia para ciertos medicamentos según la necesidad médica, lo que incluye estándares médicos aceptables y/o guías recomendadas por la FDA.

- 1.** Si determinamos que puede estar utilizando un medicamento recetado de manera peligrosa o abusiva o con una frecuencia peligrosa, podemos limitar su selección de farmacias participantes y proveedores que recetan. Si esto ocurre, es posible que le solicitemos que elija una sola farmacia participante y un solo proveedor que coordinará y le proporcionará todos los servicios farmacéuticos futuros. Los beneficios se pagarán solo si su proveedor seleccionado, o un proveedor autorizado por su proveedor seleccionado, emite sus pedidos de medicamentos recetados o reposiciones. Si no elige dentro de los 31 días posteriores a la fecha en la que se lo notificamos, elegiremos una farmacia participante y/o un proveedor que emita recetas por usted.
- 2.** Los medicamentos recetados compuestos se cubrirán solo cuando los ingredientes estén incluidos en el formulario y se obtengan de una farmacia que esté aprobada para dispensar estos medicamentos compuestos. Todos los medicamentos recetados compuestos que cuesten más de \$200 requieren que su proveedor obtenga una preautorización.

3. De manera ocasional, se utilizarán distintos protocolos específicos y/o generalizados de “administración de uso” para garantizar el uso adecuado de los medicamentos. Dichos protocolos serán consecuentes con las guías estándares de tratamiento médico o farmacológico. El principal objetivo de los protocolos es proporcionar a nuestros miembros un beneficio de medicamentos recetados centrado en la calidad. En caso de que se implemente un protocolo de administración de uso y usted esté tomando uno o más medicamentos afectados por el protocolo, se lo notificaremos con anticipación.
4. Los medicamentos inyectables (excepto los medicamentos inyectables autoadministrados) y la insulina para diabéticos, los hipoglucemiantes orales, y los suministros y equipos para diabéticos no están cubiertos conforme a esta sección pero sí tienen cobertura conforme a otras secciones del presente contrato.
5. No cubrimos los cargos correspondientes a la administración o inyección de un medicamento recetado. Los medicamentos recetados aplicados o administrados en el consultorio de un médico están cubiertos según la sección **Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios** de este contrato.
6. No cubrimos medicamentos que por ley no requieren una receta, excepto por medicamentos para dejar de fumar, medicamentos preventivos de venta libre o dispositivos proporcionados de conformidad con las guías integrales apoyadas por la HRSA o con una clasificación de “A” o “B” del USPSTF, o según se disponga de otro modo en este contrato. No cubrimos medicamentos recetados que tengan equivalentes sin receta de venta libre, excepto si han sido designados específicamente como cubiertos en el formulario de medicamentos, o según se estipule de otra forma en el presente contrato. Los equivalentes sin receta son medicamentos que se encuentran disponibles sin una receta y que tienen el mismo nombre/entidad química que sus homólogos con receta. No cubrimos productos reempaquetados, como kits terapéuticos o paquetes de conveniencia que incluyan un medicamento recetado cubierto, salvo que el medicamento recetado solamente esté disponible como parte de un kit terapéutico o paquete de conveniencia. Los kits terapéuticos o paquetes de conveniencia contienen uno o más medicamentos recetados y pueden incluir artículos de venta libre, como guantes, dediles, toallas higiénicas o emolientes tópicos.
7. No cubrimos medicamentos recetados para reemplazar aquellos que se han extraviado o han sido robados.
8. No cubrimos medicamentos recetados dispensados en hospitales, hogares de ancianos ni en otra institución o centro, o si usted es un paciente de cuidado médico en el hogar, excepto en aquellos casos donde el fundamento del pago que usted realiza o que se realiza en su nombre al hospital, hogar de ancianos, agencia de cuidado médico en el hogar o agencia de servicios de cuidado médico en el hogar u otra institución no incluye servicios para medicamentos.
9. Nos reservamos el derecho de denegar beneficios que no se consideren médicamente necesarios o que sean experimentales o estén en etapa de investigación para cualquier medicamento recetado o dispensado de manera contraria a la práctica médica estándar. Si se le niega la cobertura, usted tiene derecho a presentar una apelación, tal como se indica en las secciones **Revisión de utilización y Apelación externa** de este contrato.

10. Una farmacia no tiene la obligación de dispensar una receta que, según el criterio profesional del farmacéutico, no debe surtirse.

F. Condiciones generales

Usted debe mostrar su tarjeta de identificación en una farmacia minorista en el momento de obtener su medicamento recetado o debe proporcionar a la farmacia información de identificación que pueda ser verificada por nosotros durante el horario normal de atención. Debe incluir su número de identificación en los formularios provistos por la farmacia de pedido por correo en la que realiza la compra.

1. **Utilización de medicamentos, administración de costos y reembolsos.** Llevamos a cabo diferentes actividades de administración de la utilización para garantizar el uso adecuado de los medicamentos recetados, a fin de evitar la utilización indebida y de fomentar el uso de medicamentos costo-efectivos. A través de estas iniciativas, usted se beneficia al obtener medicamentos recetados apropiados y costo-efectivos. El ahorro en los costos que surge de estas actividades se ve reflejado en las primas de su cobertura. Es posible que, de tanto en tanto, también firmemos acuerdos que nos permitan recibir reembolsos u otros fondos (reembolsos) de manera directa o indirecta de parte de los fabricantes o distribuidores de medicamentos recetados u otros. Los reembolsos se basan en la utilización de medicamentos recetados en toda nuestra empresa y no solo en la utilización de medicamentos recetados de un miembro en particular. Los reembolsos que recibamos pueden aplicarse o no, en forma total o parcial, para reducir primas ya sea mediante un ajuste de los costos de las reclamaciones o un ajuste de los gastos administrativos que forman parte de nuestras primas para medicamentos recetados. Podemos retener dichos reembolsos, en forma total o parcial, para financiar actividades como nuevas actividades de administración de la utilización, actividades de beneficios para la comunidad y de aumento de las reservas para la protección de los miembros. Los reembolsos no cambiarán ni reducirán el monto de los copagos o coseguros aplicables según nuestra cobertura de medicamentos recetados.

G. Definiciones

Los términos utilizados en esta sección se definen de la siguiente manera. (Podrá encontrar otros términos definidos en la sección **Definiciones** de este contrato).

1. **Medicamento de marca:** Un medicamento recetado que: 1) se fabrica y se comercializa con un nombre comercial o una marca registrada de un fabricante de medicamentos específico, o que 2) nosotros identificamos como medicamento recetado de marca, según los recursos de datos disponibles. Es posible que no todos los medicamentos recetados identificados como “de marca” por el fabricante, la farmacia o su médico sean para nosotros medicamentos de marca.
2. **Farmacia designada:** Una farmacia que firmó un contrato con nosotros o con una organización que celebra contratos en nuestro nombre para proveer medicamentos recetados específicos, incluidos entre otros, los medicamentos recetados de especialidad. El hecho de que una farmacia sea una farmacia participante no quiere decir que sea una farmacia designada.

- 3. Formulario:** La lista que identifica aquellos medicamentos recetados para los cuales puede haber una cobertura disponible en virtud de este contrato. Esta lista está sujeta a nuestra revisión y modificación periódica (no más de cuatro veces por año calendario o cuando un medicamento de marca aparece disponible como un medicamento genérico). Para determinar a qué nivel se ha asignado un medicamento recetado en particular, visite nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llame al 800-300-8181 (TTY 711).
 - 4. Medicamento genérico:** Un medicamento recetado que: 1) es químicamente equivalente a un medicamento de marca, o que 2) nosotros identificamos como medicamento genérico recetado según los recursos de datos disponibles. Tal vez no todos los medicamentos recetados identificados como “genéricos” por el fabricante, la farmacia o su médico sean para nosotros medicamentos genéricos.
 - 5. Farmacia no participante:** Una farmacia que no ha firmado un contrato con nosotros para proporcionar medicamentos recetados a los suscriptores. No pagaremos recetas ni reposiciones surtidas en farmacias no participantes, salvo según lo mencionado anteriormente.
 - 6. Farmacia participante:** Una farmacia que:
 - Ha firmado contrato con nosotros o con nuestra persona designada para proporcionar medicamentos recetados a los miembros.
 - Ha acordado aceptar las tarifas de reembolso especificadas para dispensar medicamentos recetados.
 - Ha sido designada por nosotros como una farmacia participante.
- Una farmacia participante puede ser una farmacia minorista o de pedido por correo.
- 7. Medicamento recetado:** Un medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la FDA; que puede, según la ley federal o estatal, ser dispensado únicamente conforme a una receta médica o reposición; y que se encuentra en nuestro formulario. Un medicamento recetado incluye un medicamento que, debido a sus características, es adecuado para la autoadministración o para la administración por parte de un cuidador no especializado.
 - 8. Costo del medicamento recetado:** La tarifa que acordamos pagar a nuestras farmacias participantes, que incluye un cargo del farmacéutico y cualquier tipo de impuesto a la venta, para un medicamento recetado cubierto dispensado en una farmacia participante. Si su contrato incluye cobertura en una farmacia no participante, el costo del medicamento recetado para un medicamento recetado dispensado en una farmacia no participante se calcula utilizando el costo del medicamento recetado que se aplica para dicho medicamento recetado en particular en la mayoría de las farmacias participantes.
 - 9. Receta o reposición:** La directiva para dispensar un medicamento recetado emitida por un profesional médico debidamente certificado que actúa dentro del alcance de su ejercicio profesional.
 - 10. Cargo habitual y acostumbrado:** El cargo habitual que una farmacia les cobra a las personas por un medicamento recetado, sin mención del reembolso a la farmacia por parte de terceros, tal como lo exige la Sección 6826-a de la Ley de Educación de New York.

SECCIÓN XIV – BENEFICIOS DE BIENESTAR

A. Reembolso de gastos de gimnasio

Reembolsaremos parcialmente, cada año del plan de beneficios, sus gastos de membresía de gimnasio. Usted recibirá un reembolso de \$200 o el costo real de la membresía por un periodo de seis meses, el monto que sea menor (hasta \$100 por cada periodo de seis meses).

Solo tiene que seguir estos pasos para reunir los requisitos:

1. Complete 50 sesiones de ejercicio en un gimnasio calificado durante cada periodo de seis meses dentro del año del plan de beneficios, que es el periodo de 12 meses de cobertura que comienza en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
 - Este programa de reembolso está basado en dos periodos de seis meses dentro del año del plan de beneficios. Por ejemplo, si su fecha de entrada en vigencia es el 1.º de enero de 2021, el primer periodo de seis meses sería del 1.º de enero de 2021 al 30 de junio de 2021. El segundo periodo de seis meses sería del 1.º de julio de 2021 al 31 de diciembre de 2021.
2. Complete una sesión de ejercicio en un periodo de 24 horas. Debe haber ocho horas, como mínimo, entre cada sesión de ejercicio (pero no más de una por día calendario).
3. Decida cómo elegir su gimnasio y administre el reembolso del gimnasio:
 - **Opción uno:** Vaya a un gimnasio calificado, haga un seguimiento de las sesiones de ejercicio y envíe los formularios de Verificación de membresía del gimnasio (FCMV) y Reembolso de gimnasio. Un gimnasio calificado:
 - Se encuentra en los EE. UU. y está abierto al público.
 - Cuenta con personal de supervisión. Esto quiere decir que durante el horario operativo habitual, hay empleados que supervisan y asisten a los miembros. Los instructores de clases no forman parte del personal de supervisión.
 - Ofrece programas de entrenamiento cardiovascular, de flexibilidad y/o con pesas. Consulte también la sección **Exclusiones y limitaciones** a continuación.
 - **Opción dos:** Inscríbase en el programa Active&Fit Direct™ (AFD) en exerciserewards.com. Una vez inscrito, AFD hace un seguimiento automático de sus visitas y administra la documentación relacionada con el reembolso por usted.

Visite exerciserewards.com para obtener más detalles acerca del programa de reembolso. También puede descargar formularios, ver las opciones de gimnasios y obtener información sobre cómo administrar el reembolso del gimnasio. Si tiene alguna pregunta, visite exerciserewards.com o llame a Servicios para Miembros al 800-300-8181 (TTY 711).

Cómo obtener el reembolso de los gastos de membresía en un gimnasio

Nota: Si está inscrito en el programa AFD, **no necesita presentar nada** para obtener el reembolso.

Después de cada periodo de seis meses o cuando haya completado las 50 sesiones de ejercicio, podrá obtener el reembolso de esta manera:

- **Complete** el formulario Reembolso de gimnasio.
- **Proporcione el registro de ejercicios con las sesiones.**
 - Utilice las copias impresas del gimnasio, si le ofrecen. Adjunte las copias al formulario Reembolso de gimnasio completo.

- Complete el registro de ejercicios en el dorso del formulario Reembolso de gimnasio. Un miembro del personal del gimnasio debe firmar o sellar la hoja del registro después de cada sesión de ejercicio.
- **Adjunte un recibo o extracto de tarjeta de crédito (si tiene facturación automática)** donde conste que pagó la membresía del gimnasio por el periodo por el que solicita el reembolso.
- **Incluya una copia firmada del formulario de FCMV.** El formulario debe presentarse con la primera solicitud de reembolso y/o una vez por año del plan de beneficios, para cada gimnasio calificado. *El formulario de FCMV también debe estar firmado por un representante del gimnasio.*

Nota: Los formularios de FCMV y de Reembolso de gimnasio están disponibles para su descarga en exerciserewards.com.

- **Puede enviarnos la documentación de dos maneras:**
 - Correo electrónico: **fitness@exerciserewards.com**
Escriba el siguiente asunto: Gym Reimbursement Request (Solicitud de reembolso de gimnasio).
Incluya copias electrónicas y escaneadas como adjuntos.
 - Envíe las copias impresas aquí:
The ExerciseRewards™ Program
P.O. Box 509117
San Diego, CA 92150-9117

Si solicita el reembolso antes del término del periodo de seis meses porque ya completó las 50 visitas y su solicitud de reembolso no cumple con el monto máximo de reembolso, puede continuar presentando los papeles para el reembolso hasta el término del periodo de seis meses, hasta alcanzar el monto máximo de reembolso anual. El reembolso debe solicitarse en el plazo de 120 días posterior a la finalización del año del plan de beneficios.

Visite exerciserewards.com para conocer todos los detalles sobre el proceso y los requisitos de reembolso de los gastos de gimnasio.

Recibo del reembolso

En general, su reembolso se procesará en el plazo de 30 días a partir de la recepción de los documentos completos, una vez que finalice el periodo de pago.

Exclusiones y limitaciones

Recuerde lo siguiente con respecto al Programa de reembolso de gastos de gimnasio:

- Los miembros menores de 19 años no reúnen los requisitos para obtener el reembolso.
- Los siguientes servicios y actividades no reúnen los requisitos: servicios de rehabilitación, servicios de fisioterapia, clubes de campo, clubes sociales y equipos deportivos o ligas.
- Los cargos o los gastos por participar en actividades aeróbicas o de ejercicio que se realizan en un club o gimnasio no calificado, así como los cargos por entrenamiento personal como clases de tenis o natación, los cursos (incluso los campamentos de entrenamiento), las tarifas de asociación de propietarios (HOA), el coaching y las compras de equipos o ropa de ejercicio no son elegibles para el reembolso.

- Las sesiones de ejercicio en los gimnasios donde no se ofrece un acuerdo de membresía o una clase, o donde no haya personal que supervise no reúnen los requisitos para el reembolso.
- Los reembolsos están basados en los cargos de membresía que paga un miembro hasta el monto máximo de reembolso por contrato anual.
- El reembolso se realiza según el orden en que se presentaron las solicitudes, hasta que se alcance el monto máximo de reembolso.
- No recibirá ningún reembolso por los meses en los que aún no se hayan prestado los servicios. Si presenta solicitudes para dichos meses, se denegará el reembolso, y usted deberá presentar una nueva solicitud de reembolso una vez que se hayan prestado los servicios.
- Las sesiones de ejercicio que comenzaron antes de que fuera elegible para el Programa de reembolso de gimnasio no califican.
- Las solicitudes de reembolso recibidas después de los 120 días posteriores a la finalización del año del plan de beneficios no reúnen los requisitos.

B. Programa de bienestar

1. Objetivo

El objetivo de este programa de bienestar es incentivarlo a que tome un rol activo en el control de su salud y bienestar.

2. Descripción

Ofrecemos beneficios en relación con el uso o la participación en cualquiera de las siguientes acciones y actividades destinadas a promover la salud y el bienestar:

- Una herramienta de evaluación de riesgos de salud
- Un programa para dejar de fumar designado
- Un programa de control del peso designado
- Un programa de control del estrés designado
- Un programa de prevención de lesiones para trabajadores designado
- Un programa de incentivos para hacer ejercicios o mejorar la salud designado
- Membresía de gimnasio o centro de salud
- Actividades de bienestar en línea designadas
- Actividades saludables designadas
- Autocontrol de enfermedades crónicas

3. Elegibilidad

Usted, el suscriptor, puede participar en el programa de bienestar.

4. Participación

El método preferido para acceder al programa de bienestar es mediante nuestro sitio web empireblue.com/nyessentialplan. Debe tener acceso a una computadora con conexión a Internet para poder participar en el programa del sitio web. No obstante, si no tiene acceso a una computadora, llámenos al 800-300-8181 (TTY 711) y le proporcionaremos información sobre cómo participar sin tener acceso a Internet.

5. Recompensas

Las recompensas por participar en un programa de bienestar incluyen:

- Reembolso parcial o total del costo de participar en programas para dejar de fumar o controlar el peso.
- Reembolso parcial o total del costo de la membresía de un centro de salud o gimnasio. Se le reembolsarán \$200 o el costo real de la membresía por un periodo de seis meses, el monto que sea menor.
- Exención o reducción de copagos, deducibles o coseguros.
- Aportes a una cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA) o cuenta de ahorros para la salud (HSA).
- Recompensas monetarias en efectivo, en tarjetas de regalo o certificados de regalo, siempre y cuando se recomiende al receptor usar la recompensa para un producto o servicio que promueva la salud, como libros de recetas saludables, equipos para hacer ejercicio o vitaminas de venta libre.
- Artículos de promoción, siempre y cuando el artículo apunte a promover la salud, como libros de recetas saludables, artículos de nutrición o equipos para hacer ejercicio.

SECCIÓN XV – PROGRAMA DE MANEJO DE ENFERMEDADES

Manejo de enfermedades

El Programa de manejo de enfermedades (DM) puede ayudarle a disfrutar más de la vida. Como parte de sus beneficios de Empire, estamos aquí para ayudarle a informarse mejor sobre su salud, teniéndolo en cuenta a usted y sus necesidades en todo momento.

Nuestro equipo está formado por enfermeros registrados llamados administradores de casos de DM, quienes le ayudarán a controlar mejor su condición o problema de salud. Si quiere participar, los programas de manejo de enfermedades están disponibles sin costo para usted.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede participar en un programa de manejo de enfermedades para obtener cuidado médico y servicios de apoyo si tiene alguna de las siguientes condiciones:

Asma	Trastorno depresivo grave en adultos
Trastorno bipolar	Trastorno depresivo grave en niños y adolescentes
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Esquizofrenia
Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)	Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)
VIH/SIDA	Diabetes
Hipertensión	Trastorno de abuso de sustancias

Cómo funciona

Si participa en alguno de nuestros programas de DM, su administrador de casos de DM:

- Le ayudará a establecer metas de salud y crear un plan para alcanzarlas.
- Le proporcionará capacitación y apoyo mediante llamadas personalizadas.
- Hará un seguimiento de su progreso.
- Le proporcionará información acerca de recursos de apoyo y cuidadores locales.
- Responderá preguntas sobre su condición y/o plan de tratamiento (formas de ayudar con sus problemas de salud).
- Le enviará materiales informativos para que conozca mejor su condición, y su salud y su bienestar generales.
- Coordinará su atención con los proveedores de cuidados médicos; por ejemplo, le ayudará a:
 - Programar citas.
 - Llegar a sus visitas a proveedores de cuidados médicos.
 - Obtener referencias a especialistas dentro de nuestro plan médico, si fuera necesario.
 - Conseguir el equipo médico que usted necesite.
- Disponer de herramientas y materiales educativos para controlar su peso y abandonar el tabaquismo (dejar de fumar y consumir tabaco).

Nuestro equipo de DM y su proveedor de atención primaria (PCP) le ayudarán con sus necesidades médicas.

Cómo inscribirse

Le enviaremos una carta de bienvenida al programa de DM, si califica. O bien, llámenos al número gratuito 888-830-4300 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local.

Cuando llame:

- Le asignaremos un administrador de casos de DM para comenzar.
- Le haremos algunas preguntas acerca de su salud o la de su hijo.
- Comenzaremos a trabajar juntos para crear un plan para usted o su hijo.

También puede escribir a dmsself-referral@empireblue.com. Tenga en cuenta que, si bien los correos electrónicos por Internet suelen ser seguros, es posible que terceros puedan acceder a ellos (o recibirlos) sin que usted se entere. Si opta por enviar su información por correo electrónico, reconoce y entiende que existe la posibilidad de que terceros accedan al correo sin que usted lo sepa.

Puede elegir cancelar su inscripción en el programa (dejar de formar parte del programa) en cualquier momento. Llámenos a la línea gratuita al 888-830-4300 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local para cancelar su inscripción. También puede llamar a este número para dejar un mensaje privado a su administrador de casos de DM las 24 horas.

Números de teléfono útiles

En caso de emergencia, llame al 911.

Manejo de enfermedades

Línea gratuita: 888-830-4300 (TTY 711)

De lunes a viernes

De 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local

Puede dejar un mensaje privado a su administrador de casos las 24 horas.

Fuera del horario de atención:

Llame a la Línea de Enfermería 24/7

Las 24 horas, los siete días de la semana

800-300-8181 (TTY 711)

Derechos y responsabilidades del Programa de manejo de enfermedades

Si se inscribe en un Programa de manejo de enfermedades, tiene ciertos derechos y responsabilidades.

Estos son sus derechos:

- Recibir información detallada sobre nosotros, por ejemplo:
 - Los programas y servicios que ofrecemos.
 - Nuestro personal y sus calificaciones (aptitudes o formación).
 - Toda relación contractual (acuerdos que tengamos con otras empresas).
- Cancelar su inscripción en los servicios de DM.
- Saber quién es el administrador de casos de DM responsable de gestionar sus servicios de DM y cómo solicitar un cambio.
- Recibir nuestro apoyo para tomar decisiones de cuidado médico con sus proveedores de cuidados médicos.

- Preguntar acerca de todas las opciones de tratamiento relacionadas con el programa de DM (opciones de formas de mejorar) mencionadas en las guías clínicas (aun si un tratamiento no fuera parte de su plan médico) y analizarlas con los proveedores de cuidados médicos que lo tratan.
- Contar con la confidencialidad de sus datos personales e información médica.
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo garantizamos la protección, privacidad y confidencialidad de dicha información.
- Recibir un trato educado y respetuoso por parte de nuestro personal.
- Recibir información clara y fácil de entender.
- Presentar quejas ante Empire llamando a la línea gratuita 888-830-4300 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local y:
 - Obtener ayuda sobre cómo usar el proceso de quejas.
 - Saber cuánto tiempo tiene Empire para responder y resolver problemas de calidad y quejas.
 - Dejarnos sus comentarios acerca del programa de manejo de enfermedades.

Usted también tiene las siguientes responsabilidades:

- Respetar el plan de salud que acordaron usted y su administrador de casos de DM.
- Proporcionarnos la información que necesitamos para prestar nuestros servicios.
- Comunicarnos a nosotros y a sus proveedores de cuidados médicos si decide cancelar su inscripción en el programa (abandonar el programa).

Los programas de manejo de enfermedades no venden productos ni servicios de compañías externas a nuestros miembros. DM no posee compañías externas ni ofrece productos y servicios con fines de lucro.

SECCIÓN XVI - BENEFICIOS ADICIONALES PARA CIERTOS SUSCRIPTORES DEL ESSENTIAL PLAN

Consulte la sección **Tabla de beneficios** de este contrato para obtener información sobre los requisitos de costos compartidos, los límites de días o visitas, así como cualquier otro requisito de preautorización que corresponda a estos beneficios.

A. Servicios dentales

- 1. Servicios dentales cubiertos.** Cubrimos servicios dentales regulares y de rutina, como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para detectar cualquier cambio o anomalía que pueda requerir tratamiento y/o cuidado de seguimiento para usted.
- 2. Cómo acceder a los servicios dentales.** Si necesita buscar un dentista o cambiar el actual, llame a LIBERTY Dental Plan al 833-276-0847 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este. Los representantes del Servicio al Cliente están disponibles para ayudarle. Muchos hablan su idioma, o bien, ofrecen servicios que traducirán la información a cualquier idioma que necesite.
- 3. Servicios de ortodoncia.** La ortodoncia está cubierta cuando usted tiene un tratamiento quirúrgico médicamente necesario, como una cirugía reconstructiva de la mandíbula.
- 4. Prostodoncia.** La dentadura postiza parcial y/o completa está cubierta cuando es necesaria para aliviar una condición médica grave o afecta la inserción laboral. Este servicio requiere preautorización. Las dentaduras postizas parciales y completas que ya no sirvan, se hayan perdido o roto, o se las hayan robado no se reemplazarán durante un mínimo de ocho años a partir de la colocación inicial; excepto cuando determinemos que es médicamente necesario. Las solicitudes de preautorización para las dentaduras postizas de reemplazo antes de los ocho años deben incluir una carta de su médico o dentista. La carta de su dentista debe contener una explicación de las circunstancias específicas por las que es necesario reemplazar la dentadura postiza. La carta de su médico debe contener una explicación de cómo la dentadura postiza aliviaría la condición médica grave que tiene y facilitaría su inserción laboral. Si las dentaduras postizas de reemplazo se solicitan dentro del periodo de ocho años de haber sido reemplazadas una vez, la documentación de respaldo debe incluir una explicación de las medidas preventivas implementadas para disminuir la necesidad de futuros reemplazos.
- 5. Servicios de implantes.** Los implantes dentales se cubrirán cuando sea médicamente necesario. Las solicitudes de preautorización para los implantes deben incluir documentación de respaldo de su médico y su dentista. La carta de su médico debe contener una explicación de cómo los implantes aliviarán la condición médica que usted tiene. La carta de su dentista debe incluir una explicación de por qué otras alternativas funcionales cubiertas para el reemplazo protésico no corregirán la condición dental que usted tiene y por qué necesita los implantes. Se puede presentar otra documentación de respaldo para la solicitud, incluidas radiografías.

B. Servicios de la visión

1. Servicios de la visión cubiertos. Ofrecemos cuidado de visión a través de un contrato con Superior Vision, un experto en la prestación de servicios de la visión de alta calidad. Cubrimos los siguientes servicios de la visión:

- Servicios de un oftalmólogo, dispensador oftálmico y optometrista, y cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, prótesis oculares y/o reemplazo de anteojos perdidos o destruidos, incluidas las reparaciones, cuando sea médicamente necesario. Las prótesis oculares están cubiertas si las indica un proveedor participante;
- Exámenes de la vista, generalmente cada dos años, o con mayor frecuencia si fuera médicamente necesario;
- Examen de visión deficiente y ayudas visuales que indique su médico;
- Preautorizaciones para consultas a especialistas por enfermedades o defectos de los ojos.

2. Cómo acceder a los servicios de la visión

Si necesita buscar un proveedor de servicios de visión o cambiar el actual, llame a Superior Vision al 800-879-6901 de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m. hora del Este.

C. Medicamentos sin receta (de venta libre u OTC)

Además de la cobertura de medicamentos recetados que se detalla en la sección **Cobertura de medicamentos recetados** de este contrato, también cubrimos medicamentos sin receta (OTC), suministros médicos y baterías para audífonos cuando los indica un proveedor certificado.

D. Servicios de cuidado de los pies

Cubrimos la atención de rutina de los pies proporcionada por proveedores certificados que no sean podólogos cuando su condición física suponga un peligro debido a la presencia localizada de una enfermedad, lesión o síntomas que afectan al pie, o cuando se realice como una parte necesaria e integral de los servicios de otro modo cubiertos, como el diagnóstico y tratamiento de la diabetes, úlceras e infecciones. No cubrimos la higiene de rutina de los pies, el tratamiento de callos y callosidades, el recorte de uñas, la limpieza o el remojo de pies, a menos que tenga una condición patológica que requiera de estos servicios.

E. Calzado ortopédico

Cubrimos calzado ortopédico cuando se utiliza para corregir, ajustar o prevenir una deformidad física o un problema en la amplitud de movimiento de una parte enferma o lesionada del tobillo o del pie, o para brindar soporte a una estructura débil o deforme del tobillo o del pie, o bien, para formar una parte integral de una férula. La cobertura incluye zapatos, modificaciones a zapatos o complementos para zapatos. No cubrimos zapatillas ni calzado deportivo.

F. Servicios de planificación familiar

Además de los servicios de planificación familiar que se detallan en la sección **Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios**, puede recibir ciertos servicios de planificación familiar y salud reproductiva, ya sea de uno de nuestros proveedores participantes o de cualquier proveedor de salud de Medicaid de su elección que corresponda. No necesita una preautorización de su PCP para obtener estos servicios. Si visita a un proveedor de salud de Medicaid, deberá pagar el mismo costo que si visita a uno de nuestros proveedores participantes.

Los siguientes son servicios de planificación familiar y salud reproductiva que usted puede recibir de cualquier proveedor de salud de Medicaid o un proveedor participante:

1. Pruebas de detección, diagnóstico relacionado, tratamiento ambulatorio y preautorizaciones para un proveedor participante, según sea necesario, para la dismenorrea, el cáncer de cuello uterino u otras anomalías pélvicas.
2. Pruebas de detección, diagnóstico relacionado y preautorización para un proveedor participante para tratar la anemia, el cáncer de cuello uterino, la glucosuria, la proteinuria, la hipertensión, la enfermedad de las mamas y el embarazo. Análisis de VIH y consejería antes y después del análisis cuando se realice como parte de una visita de planificación familiar.
3. Para recibir los siguientes servicios de planificación familiar y salud reproductiva que cubrimos, debe visitar a un proveedor participante:
 - Tratamiento de la infertilidad como se establece en los servicios de planificación familiar que se mencionan en la sección **Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios**.
 - Atención ginecológica de rutina, que incluye histerectomías, según se establece en la sección **Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios** de este contrato.
 - Cualquier otro servicio de planificación familiar y salud reproductiva no especificado anteriormente.

G. Transporte que no sea de emergencia

Además del beneficio de transporte que no sea de emergencia en ambulancia que se detalla en la sección **Servicios de emergencia prehospitalarios y de ambulancia**, usted es elegible para transporte que no sea de emergencia, que incluye vehículo personal, autobús, taxi, camioneta adaptada para personas con discapacidades y transporte público para citas médicas. Usted o su proveedor deben llamar al proveedor que aparece a continuación para coordinar el transporte:

NYC (todos los distritos): Medical Answering Services - 844-666-6270

Long Island (Nassau y Suffolk): ModivCare - 844-678-1103

Todos los demás condados: Medical Answering Services (consulte a continuación):

- Putnam - 855-360-3547

Puede acceder a esta información en línea en:

https://emedny.org/ProviderManuals/Transportation/PDFS/Transportation_PA_Guidelines_Contact_List.pdf

De ser posible, usted o su proveedor deberían llamar a ModivCare al menos tres días antes de su cita médica y proporcionar la fecha y hora de su cita, y la dirección y el nombre del médico que va a ver.

H. Consejería familiar

Si usted recibe o necesita tratamiento para un trastorno de abuso de sustancias, cubrimos visitas de consejería familiar para pacientes ambulatorios.

SECCIÓN XVII – EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Este contrato no proporciona cobertura para lo siguiente:

A. Aviación

No cubrimos servicios relacionados con la aviación, excepto en el caso de pasajeros que paguen sus pasajes en un vuelo programado o chárter operado por una empresa de aerolíneas programada.

B. Atención para convalecientes y de custodia

No cubrimos servicios relacionados con curas de descanso, cuidado custodial o supervisado ni transporte. El “cuidado custodial o supervisado” implica ayuda para trasladarse, comer, vestirse, asearse, ir al baño y otras actividades similares. El cuidado custodial o supervisado no incluye servicios cubiertos que se determine que son medicamente necesarios.

C. Terapia de conversión

No cubrimos la terapia de conversión. La terapia de conversión es toda práctica realizada por un profesional de la salud mental que intenta modificar la orientación sexual o la identidad de género de un miembro menor de 18 años, incluidos los esfuerzos por cambiar las conductas, las expresiones de género o el intento de eliminar o reducir las atracciones sexuales o amorosas, o los sentimientos, hacia las personas del mismo sexo. La terapia de conversión no incluye la consejería o la terapia para una persona que busca someterse a un cambio de género o que está en el proceso de someterse a un cambio de género, que proporcionan aceptación, apoyo y comprensión de una persona o que facilitan estrategias de enfrentamiento, apoyo social y desarrollo y exploración de la identidad de una persona, incluidas las intervenciones de orientación sexual neutra para prevenir o abordar una conducta ilícita o prácticas sexuales no seguras, siempre que la consejería o la terapia no intenten modificar la orientación sexual o la identidad de género.

D. Servicios cosméticos

No cubrimos servicios cosméticos, medicamentos recetados ni cirugías cosméticas, a menos que se indique lo contrario, salvo que la cirugía cosmética no incluye la cirugía reconstructiva cuando dicho servicio es producto o se realiza a continuación de una cirugía realizada a causa de un traumatismo, una infección o enfermedades de la parte involucrada, y la cirugía reconstructiva que se realiza por una enfermedad o anomalía congénita de un hijo cubierto que ha generado un defecto funcional. También cubrimos servicios relacionados con la cirugía reconstructiva después de una mastectomía, como se detalla en otra sección de este contrato. La cirugía cosmética no incluye cirugías que se han determinado como medicamente necesarias. Si se presenta una reclamación por un procedimiento indicado en 11 NYCRR 56 (p. ej., ciertas cirugías plásticas y procedimientos dermatológicos) de manera retrospectiva y sin información médica, ninguna denegación estará sujeta al proceso de revisión de utilización de las secciones **Revisión de utilización** y **Apelación externa** de este contrato, a menos que se presente información médica.

E. Cobertura fuera de los Estados Unidos, Canadá o México

No cubrimos atención ni tratamientos proporcionados fuera de los Estados Unidos, sus territorios, Canadá o México, excepto en el caso de los servicios de emergencia, servicios médicos de emergencia prehospitalarios y servicios de ambulancia para tratar una condición de emergencia.

F. Servicios dentales

No cubrimos los servicios dentales excepto los siguientes: atención o tratamiento debido a una lesión accidental en dientes naturales sanos en un periodo de 12 meses desde el accidente, cuidado o tratamiento dental necesario debido a una enfermedad o anomalía congénita, o atención o tratamiento dental establecido específicamente en la sección **Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios** de este contrato. No cubrimos servicios de ortodoncia, salvo que así se indique en la sección **Cuidado dental** de este contrato.

G. Tratamiento experimental o de investigación

No cubrimos ningún procedimiento, tratamiento, dispositivo o servicio médico, o medicamento recetado que sea experimental o esté en etapa de investigación. Sin embargo, cubriremos los tratamientos experimentales o en etapa de investigación, incluido el tratamiento para una enfermedad poco común o los costos del paciente que surjan de su participación en un ensayo clínico, como se explica en la sección **Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios** de este contrato, o cuando nuestra denegación de los servicios sea anulada por un agente de apelaciones externas certificado por el estado. No obstante, en el caso de los ensayos clínicos, no cubriremos los costos de ningún medicamento o dispositivo de investigación, servicios que no sean de salud que se requieran para que usted reciba el tratamiento, los costos relacionados con la administración de la investigación ni los costos de tratamientos que no son de investigación que este contrato no cubriría. Consulte las secciones **Revisión de utilización y Apelación externa** de este contrato para obtener más detalles acerca de sus derechos de apelación.

H. Participación en un delito

No cubrimos ninguna enfermedad, tratamiento ni condición médica que surja de su participación en un delito grave, disturbio o insurrección. Esta exclusión no se aplica a la cobertura de servicios que impliquen lesiones sufridas por la víctima de un acto de violencia doméstica o para servicios necesarios como resultado de su condición médica (incluidas las condiciones de salud física y mental).

I. Cuidado de los pies

No cubrimos la atención de rutina de los pies en relación con callos, callosidades, pies planos, arcos vencidos, debilidad en los pies, distensión crónica del pie ni dolencias sintomáticas de los pies. Sin embargo, cubriremos el cuidado de los pies cuando tenga una condición médica específica o enfermedad causada por deficiencias circulatorias o áreas con disminución de la sensibilidad en las piernas o los pies.

J. Institución gubernamental

No cubrimos cuidado ni tratamiento proporcionados en un hospital perteneciente a una entidad federal, estatal o gubernamental o administrado por esta; excepto que la ley requiera lo contrario o que lo trasladen a ese hospital porque es más cercano al lugar donde sufrió una lesión o se enfermó y se le presten allí los servicios de emergencia para tratar su condición de emergencia.

K. Medicamento necesario

En general, no cubrimos ningún servicio, procedimiento, tratamiento, prueba o dispositivo médico ni medicamento recetado que no consideremos médicamente necesario. Sin embargo, si un agente de apelaciones externas certificado por el estado anula nuestra denegación, cubriremos el

servicio, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o medicamento recetado para el cual se denegó la cobertura, en la medida en que dicho servicio, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o medicamento recetado esté cubierto de otro modo en virtud de los términos de este contrato.

L. Medicare u otro programa gubernamental

No cubrimos servicios si los beneficios de dichos servicios se proporcionan según el programa federal de Medicare u otro programa gubernamental (excepto Medicaid).

M. Servicio militar

No cubrimos enfermedades, tratamientos ni condiciones médicas que surjan como consecuencia del servicio en las Fuerzas Armadas o en unidades auxiliares.

N. Seguro de automóvil sin culpabilidad

No cubrimos ningún beneficio, dentro de los límites previstos, por una pérdida o parte de ella para la cual se recuperan, o pueden recuperarse, los beneficios del seguro de automóvil obligatorio sin culpabilidad. Esta exclusión se aplica incluso si usted no presenta una reclamación adecuada u oportuna para los beneficios que tiene disponibles conforme a una póliza obligatoria sin culpabilidad.

O. Servicios no mencionados

No cubrimos servicios que no estén incluidos en este contrato como servicios cubiertos.

P. Servicios prestados por un familiar

No cubrimos los servicios prestados por un miembro de la familia directa de la persona cubierta. “Familia directa” hace referencia a sus hijos/as, cónyuge, madre, padre, hermanos/as o los de su cónyuge.

Q. Servicios facturados por separado por los empleados del hospital

No cubrimos los servicios prestados ni facturados por separado por empleados de hospitales, laboratorios u otras instituciones.

R. Servicios sin cargo

No cubrimos servicios que generalmente se realizan sin cargo.

S. Servicios de la visión

No cubrimos el examen ni el ajuste de anteojos o lentes de contacto, excepto que se indique específicamente lo contrario en la sección **Cuidado de visión** de este contrato.

T. Guerra

No cubrimos enfermedades, tratamientos ni condiciones médicas que surjan como consecuencia de guerras, declaradas o no declaradas.

U. Compensación para trabajadores

No cubrimos servicios si se otorgan beneficios para dichos servicios a través de cualquier compensación para trabajadores, responsabilidad del empleador o ley de enfermedades ocupacionales estatales o federales.

SECCIÓN XVIII – DETERMINACIONES DE RECLAMACIONES

A. Reclamaciones

Una reclamación es una solicitud para que los beneficios o servicios sean otorgados o pagados conforme a los términos de este contrato. Usted o el proveedor deben presentarnos un formulario de reclamación. Si el proveedor no está dispuesto a presentar dicho formulario de reclamación, usted tendrá que presentarlo ante nosotros.

B. Aviso de reclamación

Las reclamaciones por los servicios deben incluir toda la información que determinemos necesaria para procesarlas, lo que incluye, entre otros datos, número de identificación del miembro, nombre, fecha de nacimiento, fecha de servicio, tipo de servicio, el cargo por cada servicio, el código de procedimiento para el servicio según corresponda, el código de diagnóstico, el nombre y la dirección del proveedor que factura y la historia clínica de respaldo, de ser necesario. Si una reclamación no incluye toda la información necesaria, no será aceptada y deberá enviarse nuevamente con toda la información. Puede obtener formularios de reclamación si llama al 800-300-8181 (TTY 711) o visita nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan. Los formularios de reclamación completos deben enviarse a la dirección que aparece en su tarjeta de identificación.

C. Plazo para la presentación de reclamaciones

Las reclamaciones por los servicios deben presentarse ante nosotros para el pago dentro de los 120 días después de que usted reciba los servicios para los cuales solicita el pago. Si no es posible presentar una reclamación dentro del periodo de 120 días, debe enviarla tan pronto como sea razonablemente posible.

D. Reclamaciones por preautorizaciones prohibidas

No tenemos la obligación de pagar ninguna reclamación, factura u otra demanda o solicitud de parte de un proveedor por servicios de laboratorio clínico, servicios farmacéuticos, servicios de radioterapia, servicios de fisioterapia o servicios de radiografía o de diagnóstico por imágenes realizados conforme a una preautorización prohibida por la Sección 238-a(1) de la Ley de Salud Pública de New York.

E. Determinaciones de reclamaciones

Nuestro procedimiento de determinación de reclamaciones se aplica a todas las reclamaciones que no están relacionadas con una necesidad médica o a determinaciones experimentales o en etapa de investigación. Por ejemplo, nuestro procedimiento de determinación de reclamaciones se aplica a preautorizaciones y denegaciones de beneficios contractuales. Si no está de acuerdo con la determinación de una reclamación, puede presentar un reclamo conforme a la sección **Procedimientos de reclamos** de este contrato.

Para obtener una descripción de los procedimientos de revisión de utilización y el proceso de apelación por necesidad médica o para determinaciones experimentales o de investigación, consulte las secciones **Revisión de utilización** y **Apelación externa** de este contrato.

F. Determinaciones de reclamaciones previas al servicio

1. Una reclamación previa al servicio es una solicitud para pedir la aprobación de un servicio o tratamiento antes de recibirlo. Si contamos con toda la información necesaria para tomar una determinación sobre una reclamación previa al servicio (por ejemplo, una determinación de beneficio cubierto o preautorización), tomaremos una determinación y le enviaremos un aviso a usted (o a la persona que usted designe) dentro de los 15 días de haber recibido la reclamación.

Si necesitamos información adicional, se la solicitaremos dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la reclamación. Usted tendrá 45 días calendario para enviar la información. Si recibimos la información dentro de los 45 días, tomaremos una determinación y le enviaremos un aviso a usted (o a la persona que usted designe) por escrito, dentro de los 15 días posteriores al momento en el que recibimos la información. Si no se recibe toda la información necesaria en un plazo de 45 días, tomaremos una determinación en un plazo de 15 días calendario a partir del fin del plazo de 45 días.

2. Revisiones urgentes previas al servicio. Con respecto a las solicitudes urgentes previas al servicio, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, la tomaremos y le daremos aviso por teléfono a usted (o a la persona que usted designe), dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Le enviaremos una notificación escrita dentro de los tres días calendario de la fecha en que tomamos la decisión. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Usted tendrá 48 horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le daremos aviso por teléfono a usted (o a la persona que usted designe) dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la información o cuando finalice el periodo de 48 horas, lo que suceda antes. Le enviaremos una notificación escrita dentro de los tres días calendario de la fecha en que tomamos la decisión.

G. Determinaciones de reclamaciones posteriores al servicio

Una reclamación posterior al servicio es una solicitud relacionada con un servicio o tratamiento que usted ya recibió. Si contamos con toda la información necesaria para tomar una determinación sobre una reclamación posterior al servicio, tomaremos una determinación y se la comunicaremos a usted (o a la persona que usted designe) dentro de los 30 días calendario de haber recibido la reclamación si la denegamos total o parcialmente. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 30 días calendario. Usted tendrá 45 días calendario para enviar la información. Tomaremos una determinación y le daremos aviso por escrito a usted (o a la persona que usted designe) dentro de los 15 días calendario posteriores a la fecha en la que recibimos la información o a la fecha en que finaliza el periodo de 45 días, lo que suceda antes, si denegamos la reclamación total o parcialmente.

H. Pago de reclamaciones

Si nuestra obligación de pagar una reclamación es razonablemente clara, la pagaremos en un plazo de 30 días luego de recibir la reclamación si se envió por Internet o correo electrónico, y en un plazo de 45 días de recibir la reclamación si se envió por otro medio, como correo postal o fax. Si solicitamos información adicional, pagaremos la reclamación en un plazo de 30 días (para reclamaciones enviadas por Internet o correo electrónico) o de 45 días (para reclamaciones enviadas por otro medio, como correo postal o fax) luego de recibir la información.

SECCIÓN XIX – PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS

A. Reclamos

Nuestro procedimiento de reclamos se aplica a cualquier asunto no relacionado con una necesidad médica o con la determinación experimental o de investigación de nuestra parte. Por ejemplo, se aplica a las denegaciones de beneficios contractuales, o asuntos o inquietudes que usted tenga respecto de nuestras políticas administrativas o el acceso a los proveedores.

B. Cómo presentar un reclamo

Para presentar un reclamo, puede contactarnos por teléfono al 800-300-8181 (TTY 711) (el número que figura en su tarjeta de identificación) o por escrito. Debe usar nuestro formulario de reclamos para presentar reclamos por escrito. Puede presentar un reclamo verbal en relación con la denegación de una referencia o una determinación de beneficio cubierto. Es posible que le pidamos que firme una confirmación escrita de su reclamo verbal, preparada por nosotros. Usted, o la persona que usted designe, tiene hasta 180 días calendario para presentar el reclamo a partir del momento en que haya recibido la decisión que solicita que revisemos.

Cuando recibamos su reclamo, enviaremos una carta de confirmación por correo en un plazo de 15 días hábiles. La carta de confirmación incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona encargada de su reclamo, y especificará, de ser necesario, qué información adicional debe enviarnos.

Todas las solicitudes y los debates son confidenciales y no lo discriminaremos debido al asunto en cuestión. Tenemos un proceso para reclamos estándares y acelerados, según la naturaleza de su consulta.

C. Determinación de reclamos

Su reclamo será revisado por personal calificado o, si se trata de un asunto clínico, será revisado por un profesional médico autorizado, certificado o registrado. Tomaremos una decisión acerca del reclamo y se la comunicaremos dentro de los siguientes plazos:

<u>Reclamos acelerados/urgentes:</u>	Por teléfono, en un plazo de 48 horas luego de recibir toda la información necesaria o de 72 horas luego de recibir el reclamo, lo que suceda antes. Le enviaremos una notificación escrita en un plazo de 72 horas luego de recibir su reclamo.
<u>Reclamos previos al servicio:</u> (Una solicitud para un servicio o tratamiento que aún no se ha proporcionado).	Por escrito, en un plazo de 15 días calendario luego de recibir su reclamo.
<u>Reclamos posteriores al servicio:</u> (Una reclamación de un servicio o tratamiento que ya se ha proporcionado).	Por escrito, en un plazo de 30 días calendario luego de recibir su reclamo.
<u>Todos los demás reclamos:</u> (Que no se relacionen con una reclamación o solicitud de un servicio o tratamiento).	Por escrito, en un plazo de 30 días calendario luego de recibir su reclamo, pero no más de 45 días calendario luego de recibir toda la información necesaria.

D. Asistencia

Si aún no está conforme con nuestra determinación sobre su reclamo, o si no está conforme en cualquier otro momento, puede:

Llamar al Departamento de Salud del estado de New York al 800-206-8125 o escribir a la siguiente dirección:

New York State Department of Health
Office of Health Insurance Programs
Bureau of Consumer Services – Complaint Unit
Corning Tower – OCP Room 1609
Albany, NY 12237
Correo electrónico: managedcarecomplaint@health.ny.gov
Sitio web: health.ny.gov

Llamar al Departamento de Servicios Financieros del estado de New York al 800-342-3736 o escribir a la siguiente dirección:

New York State Department of Financial Services
Consumer Assistance Unit
1 Commerce Plaza
Albany, NY 12257
Sitio web: dfs.ny.gov

Si necesita ayuda para presentar un reclamo o una apelación, también puede comunicarse con el Programa de Asistencia al Consumidor independiente del estado en:

Community Health Advocates
633 Third Ave., 10th Floor
New York, NY 10017
O llamar a la línea gratuita: 888-614-5400
Correo electrónico: cha@cssny.org
Sitio web: communityhealthadvocates.org

SECCIÓN XX – REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

A. Revisión de utilización

Revisamos los servicios de salud para determinar si son o fueron médicamente necesarios o de naturaleza experimental o de investigación (médicamente necesarios). Este proceso se denomina revisión de utilización. La revisión de utilización incluye todas las actividades de revisión, ya sea cuando se llevan a cabo antes de que se preste el servicio (preautorización), en el momento de prestar el servicio (concurrente) o después de que se haya prestado el servicio (retrospectiva). Si tiene alguna pregunta acerca del proceso de revisión de utilización, llame al 800-300-8181 (TTY 711). El número de teléfono gratuito está disponible al menos 40 horas a la semana, además de las horas no laborales en las que puede dejar un mensaje en el contestador.

Todas las determinaciones de que los servicios no son médicamente necesarios serán tomadas por las siguientes personas: 1) médicos certificados; o 2) profesionales de salud autorizados, certificados, registrados o acreditados que tengan la misma profesión y la misma especialidad, o una similar, que el proveedor que normalmente controla su condición médica o enfermedad, o que le proporciona el servicio médico que está en revisión; o 3) con respecto al tratamiento de trastornos de salud mental o de abuso de sustancias: médicos certificados o profesionales de salud autorizados, certificados, registrados o acreditados que se especialicen en salud conductual y tengan experiencia en proporcionar tratamientos para el trastorno de salud mental o de abuso de sustancias. No compensamos ni les ofrecemos incentivos financieros a nuestros empleados o revisores por determinar qué servicios no son médicamente necesarios.

Hemos desarrollado guías y protocolos para que nos asistan en el proceso. Utilizaremos herramientas de criterios de revisión clínica basadas en la evidencia y evaluadas por pares, que sean adecuadas para la edad del paciente y estén designadas por la OASAS para el tratamiento del trastorno de abuso de sustancias o aprobadas por la Oficina de Salud Mental (OMH) para el tratamiento de la salud mental. Las guías y los protocolos específicos están disponibles a su solicitud para que los revise. Para obtener más información, llame al 800-300-8181 (TTY 711) o visite nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan.

B. Revisiones de preautorizaciones

1. Revisiones de preautorizaciones no urgentes

Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación relacionada con una revisión de preautorización, tomaremos la determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona designada por usted) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en el plazo de tres (3) días hábiles luego de la recepción de la solicitud.

Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro de los tres (3) días hábiles. Entonces, usted y su proveedor tendrán 45 días calendario para presentar la información. Si recibimos la información solicitada en un plazo de 45 días, tomaremos una determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, dentro de los tres días hábiles de recibida la información. Si no recibimos toda la información necesaria en el plazo de 45 días, tomaremos una determinación en el término de 15 días calendario luego de la recepción de parte de la información solicitada o cuando finalice el periodo de 45 días, lo que ocurra primero.

2. Revisiones de preautorizaciones urgentes. Con respecto a las solicitudes de preautorizaciones urgentes, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, lo haremos y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor, por teléfono, dentro de las 72 horas luego de la recepción de la solicitud. Le enviaremos una notificación escrita dentro de los tres días hábiles luego de la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Entonces, usted o su proveedor tendrán 48 horas para presentar la información. Tomaremos una determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, dentro de las 48 horas luego de la recepción de la información o cuando finalice el periodo de 48 horas, lo que suceda primero. Le enviaremos una notificación escrita dentro de los tres días hábiles luego de la recepción de la información o de los tres días calendario luego de la notificación verbal, lo que suceda primero.

3. Tratamiento por orden judicial. Con vigencia a partir de la fecha de emisión o renovación de este contrato del 1.º de abril de 2016 o después de esta fecha, con respecto a las solicitudes de servicios de salud mental y/o para trastornos de abuso de sustancias que todavía no hemos proporcionado, si usted (o a la persona que usted designe) certifica, en el formato indicado por el Superintendente de Servicios Financieros, que comparecerá o ha comparecido ante un tribunal competente y que puede estar sujeto a una orden judicial que requiera estos servicios, tomaremos una determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor, por teléfono, dentro de las 72 horas luego de la recepción de la solicitud. Le enviaremos una notificación escrita dentro de los tres días hábiles luego de la recepción de la solicitud. También se le enviará una notificación telefónica y escrita al tribunal cuando sea posible.

4. Revisiones de servicios de rehabilitación con hospitalización. Luego de recibir una solicitud de preautorización para la cobertura de servicios de rehabilitación con hospitalización después de una admisión en un hospital para pacientes internados o un centro de enfermería especializada, tomaremos una determinación y le enviaremos un aviso a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de un día hábil luego de recibir la información necesaria.

C. Revisiones concurrentes

1. Revisiones concurrentes no urgentes

Se tomarán las decisiones de revisión de utilización para los servicios durante la atención (revisiones concurrentes) y se le dará aviso a usted (o a la persona que usted designe), por teléfono y por escrito, en un plazo de un día hábil luego de la recepción de toda la información necesaria. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en el plazo de un día hábil. Entonces, usted y su proveedor tendrán 45 días calendario para presentar la información. Tomaremos una determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe), por teléfono o por escrito, en el plazo de un (1) día hábil a partir del momento en que recibamos la información o, si no recibimos la información, en el plazo de 15 días calendario luego de la recepción de parte de la información solicitada o 15 días calendario luego de la finalización del periodo de 45 días, lo que ocurra primero.

2. Revisiones concurrentes urgentes

Para revisiones concurrentes que impliquen una extensión de la atención de urgencia, si la solicitud de cobertura se realiza al menos con 24 horas de antelación al vencimiento de un tratamiento previamente aprobado, tomaremos una determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe) por teléfono dentro de las 24 horas de recibida la solicitud. Le enviaremos una notificación escrita en un plazo de un día hábil luego de la recepción de la solicitud.

Si la solicitud de la cobertura no se realiza, al menos, con 24 horas de antelación al vencimiento de un tratamiento previamente aprobado y contamos con toda la información necesaria para tomar la determinación, tomaremos la determinación y le enviaremos una notificación escrita a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor en un plazo de 72 horas o de un día hábil luego de recibida la solicitud, lo que suceda primero. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Entonces, usted o su proveedor tendrán 48 horas para presentar la información. Tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación escrita a usted (o a la persona que usted designe), en un plazo de un día hábil o 48 horas luego de la recepción de la información, lo que suceda primero, o, si no recibimos la información, en un plazo de 48 horas luego de la finalización del periodo de 48 horas.

3. Revisiones de cuidado médico en el hogar

Luego de recibir una solicitud de cobertura para servicios de cuidado médico en el hogar después de una admisión en un hospital para pacientes internados, tomaremos una determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de un día hábil luego de recibida la información necesaria. Si el día siguiente a la solicitud cae fin de semana o día feriado, tomaremos una determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe) dentro de las 72 horas de recibida la información necesaria. Cuando recibimos una solicitud para servicios de cuidado médico en el hogar y toda la información necesaria antes de su alta de una admisión en un hospital para pacientes internados, no negaremos la cobertura de los servicios de cuidado médico en el hogar mientras nuestra decisión sobre la solicitud esté pendiente.

4. Revisiones de tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados

Si recibimos una solicitud para un tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias para un paciente hospitalizado con 24 horas de antelación al alta de una admisión para el tratamiento del trastorno de abuso de sustancias para un paciente hospitalizado, tomaremos una determinación dentro de las 24 horas luego de la recepción de la solicitud y proporcionaremos la cobertura mientras esté pendiente nuestra determinación.

5. Tratamiento del trastorno de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados en centros participantes certificados por la OASAS

La cobertura para el tratamiento del trastorno de abuso de sustancias como paciente hospitalizado en un centro participante certificado por la OASAS no está sujeta a preautorización. La cobertura no estará sujeta a la revisión concurrente durante los primeros 28 días de la admisión como paciente hospitalizado, si el centro certificado por la OASAS nos notifica tanto la admisión como el plan de tratamiento inicial en el término de dos días hábiles a partir de la fecha de admisión.

Después de los primeros 28 días de la admisión como paciente hospitalizado, podemos revisar la estadía completa para determinar si es médicamente necesaria. Si se deniega una parte de la estadía por no ser médicamente necesaria, usted solamente debe pagar los costos compartidos dentro de la red que, de cualquier otro modo, hubieran correspondido para su admisión como paciente hospitalizado.

6. Tratamiento del trastorno de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios en centros participantes certificados por la OASAS

La cobertura para pacientes ambulatorios, pacientes ambulatorios con tratamiento intensivo, la rehabilitación y el tratamiento con opioides para pacientes ambulatorios en un centro participante certificado por la OASAS no está sujeta a preautorización. La cobertura no estará sujeta a la revisión concurrente durante las primeras 4 semanas del tratamiento continuo, que no debe exceder las 28 visitas, si el centro certificado por la OASAS nos notifica tanto el inicio del tratamiento como el plan de tratamiento inicial en el término de dos días hábiles. Después de las primeras 4 semanas de tratamiento continuo, que no debe exceder las 28 visitas, podemos revisar todo el tratamiento para el paciente ambulatorio a fin de determinar si es médicamente necesario y utilizaremos las herramientas de revisión clínica designadas por la OASAS. Si se deniega una parte del tratamiento para pacientes ambulatorios por no ser médicamente necesario, usted solamente debe pagar los costos compartidos dentro de la red que, de cualquier otro modo, hubieran correspondido para su tratamiento como paciente ambulatorio.

D. Revisiones retrospectivas

Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación sobre una reclamación retrospectiva, tomaremos la determinación y se la notificaremos dentro de los 30 días calendario luego de la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 30 días calendario. Entonces, usted o su proveedor tendrán 45 días calendario para proveer la información. Tomaremos una determinación y le enviaremos un aviso a usted por escrito, dentro de los 15 días calendario luego de la fecha en la que recibimos la información o la fecha en que finaliza el periodo de 45 días, lo que suceda antes.

Una vez que contemos con toda la información para tomar una decisión, si no logramos tomar una determinación de revisión de utilización dentro de los plazos vigentes estipulados anteriormente, se considerará una determinación adversa sujeta a una apelación interna.

E. Revisión retrospectiva de servicios con preautorización

Solo podemos revertir un tratamiento, servicio o procedimiento preautorizado por medio de una revisión retrospectiva cuando:

- La información médica pertinente que se nos presenta en el momento de la revisión retrospectiva es sustancialmente diferente de la información presentada durante la revisión de la preautorización.
- La información médica pertinente que se nos presenta en el momento de la revisión retrospectiva existía en el momento de la preautorización, pero fue retenida o no se puso a nuestra disposición.
- No sabíamos de la existencia de dicha información en el momento de la revisión de la preautorización.
- De haber tomado conocimiento de tal información, el tratamiento, servicio o procedimiento solicitado no se habría autorizado. La determinación se toma utilizando los mismos estándares, criterios o procedimientos específicos que se utilizaron durante la revisión de la preautorización.

F. Determinaciones de anulación de terapia escalonada

Usted, la persona que usted designe o su profesional médico pueden solicitar una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada para la cobertura de un medicamento recetado seleccionado por su profesional médico. Al realizar una revisión de utilización para determinar la anulación del protocolo de terapia escalonada, utilizamos criterios reconocidos de revisión clínica basados en evidencias y revisados por pares, que son adecuados para usted y su condición médica.

1. Fundamento y documentación de respaldo. Una solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada debe incluir fundamento y documentación de respaldo de un profesional médico que demuestre que:

- El medicamento recetado requerido está contraindicado o probablemente le cause una reacción adversa o un daño físico o mental.
- Se prevé que el medicamento recetado requerido será ineficaz según sus antecedentes clínicos conocidos, su condición y su régimen de medicamentos recetados.
- Usted ha probado el medicamento recetado requerido con nuestra cobertura o su cobertura de seguro médico anterior, u otro medicamento recetado de la misma clase farmacológica o con el mismo mecanismo de acción, y ese medicamento recetado se suspendió debido a su falta de eficacia o efectividad, su efecto reducido o por un acontecimiento adverso.
- Usted está estable con un medicamento recetado que seleccionó el profesional médico para su condición médica, siempre que esto no impida que le pidamos que pruebe un equivalente genérico con una clasificación de AB.
- El medicamento recetado requerido no será beneficioso para usted porque probablemente genere un obstáculo considerable en su cumplimiento del plan de cuidado, tal vez empeore una condición concomitante o quizá reduzca su capacidad para lograr o mantener una capacidad funcional razonable para realizar las actividades diarias.

2. Revisión estándar. Tomaremos una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada y se lo notificaremos a usted (o a la persona que usted designe) y, si corresponde, a su profesional médico, en un plazo de 72 horas luego de recibir el fundamento y la documentación de respaldo.

3. Revisión acelerada. Si tiene una condición médica que pone su salud en grave riesgo sin el medicamento recetado por su profesional médico, tomaremos una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada en un plazo de 24 horas luego de recibir el fundamento y la documentación de respaldo.

Si el fundamento y la documentación de respaldo requeridos no se envían junto con la solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada, solicitaremos la información dentro de las 72 horas para la preautorización y las revisiones retrospectivas, en el plazo que sea menor entre 72 horas o un día hábil para las revisiones concurrentes, y 24 horas para las revisiones aceleradas. Usted o su profesional médico tendrán 45 días calendario para presentar la información para la revisión de la preautorización y las revisiones concurrentes y retrospectivas, y 48 horas para las revisiones aceleradas. Para las revisiones de preautorización, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a la persona que usted designe) y a su profesional médico en un plazo de 72 horas luego de recibir la información o 15 días calendario luego de la

fecha en que finaliza el periodo de 45 días, lo que suceda antes, si no se recibe la información. Para las revisiones concurrentes, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a la persona que usted designe) y a su profesional médico en un plazo de 72 horas o un día hábil luego de recibir la información o 15 días calendario luego de la fecha en que finaliza el periodo de 45 días, lo que suceda antes, si no se recibe la información. Para las revisiones retrospectivas, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a la persona que usted designe) y a su profesional médico en un plazo de 72 horas luego de recibir la información o 15 días calendario luego de la fecha en que finaliza el periodo de 45 días, lo que suceda antes, si no se recibe la información. Para las revisiones aceleradas, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a la persona que usted designe) y a su profesional médico en un plazo de 24 horas luego de recibir la información o 48 horas luego de la fecha en que finaliza el periodo de 48 horas, lo que suceda antes, si no se recibe la información.

Si no tomamos una determinación en un plazo de 72 horas (o 24 horas para las revisiones aceleradas) luego de recibir el fundamento y la documentación de respaldo, se aprobará la solicitud de anulación del protocolo de terapia escalonada.

Si determinamos que el protocolo de terapia escalonada se debe anular, autorizaremos una cobertura inmediata para el medicamento recetado por el profesional médico que lo trata. Una determinación adversa de anulación de la terapia escalonada es elegible para una apelación.

G. Reconsideración

En caso de que no hayamos intentado consultar al proveedor que le recomendó el servicio cubierto antes de tomar una determinación adversa, el proveedor puede solicitar que el mismo colega clínico revisor que tomó la determinación adversa o un colega clínico revisor designado (si el colega clínico revisor original no está disponible) reconsidere la determinación. Para las revisiones de preautorizaciones y las revisiones concurrentes, la reconsideración tendrá lugar en un plazo de un (1) día hábil luego de la solicitud de reconsideración. Si se confirma la determinación adversa, se les dará aviso de dicha determinación a usted y a su proveedor, por teléfono y por escrito.

H. Apelación interna de una revisión de utilización

Usted, la persona que usted designe y, en los casos de revisión retrospectiva, su proveedor, podrán solicitar una apelación interna para una determinación adversa, ya sea por teléfono o por escrito.

Tiene hasta 180 días calendario luego de recibir el aviso de la determinación adversa para presentar una apelación. Responderemos a su solicitud de una apelación interna dentro de los 15 días calendario de recibida su solicitud. Esta respuesta incluirá el nombre, domicilio y número de teléfono de la persona que maneja su apelación y, de ser necesario, se le informará de cualquier información adicional que se necesite para poder tomar una decisión. Un colega clínico revisor que no esté subordinado al colega clínico revisor que tomó la determinación inicial adversa y que sea (1) un médico o (2) un profesional de salud de la misma especialidad, o una similar, que el proveedor que normalmente controla la enfermedad o condición en cuestión decidirá la apelación.

1. Denegación de servicios fuera de la red. También tiene derecho a apelar la denegación de una solicitud de preautorización para un servicio de salud fuera de la red cuando determinemos que el servicio de salud fuera de la red no es significativamente diferente de uno de los servicios de salud disponibles dentro de la red. Una denegación de un servicio de salud fuera de la red es un servicio prestado por un proveedor no participante, pero solo si el servicio no está disponible por parte de un proveedor participante. En el caso de una apelación de revisión de utilización por la denegación de un servicio de salud fuera de la red, usted, o la persona que usted designe, debe presentar:

- Una declaración por escrito de su médico tratante, quien debe estar certificado, contar con la certificación del Colegio de Médicos o ser un médico que reúna los requisitos del Colegio de Médicos para desempeñarse en un área de especialidad adecuada para tratar su condición, en la que se explique que el servicio de salud fuera de la red que se solicita es significativamente diferente del servicio de salud alternativo disponible por medio de un proveedor participante aprobado por nosotros para tratar su condición; y
- Dos (2) documentos de la evidencia médica y científica disponible que indiquen que el servicio fuera de la red: 1) puede ser más beneficioso desde el punto de vista clínico para usted que el servicio de la red alternativo y 2) que el riesgo adverso del servicio fuera de la red no podría aumentar considerablemente en comparación con el servicio de salud dentro de la red.

2. Referencia fuera de la red; denegación de autorización. También tiene derecho a apelar la denegación de una solicitud de referencia o una autorización para un proveedor no participante si determinamos que contamos con un proveedor participante con la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades médicas particulares y que puede proporcionar el servicio médico solicitado. En caso de una apelación de revisión de utilización de una referencia fuera de la red o una denegación de autorización, usted, o la persona que usted designe, debe presentar una declaración por escrito de su médico tratante, quien debe estar certificado, contar con la certificación del Colegio de Médicos o ser un médico que reúna los requisitos del Colegio de Médicos para desempeñarse en un área de especialidad adecuada para tratar su condición:

- Donde conste que el proveedor participante recomendado por nosotros no cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades médicas particulares para prestar el servicio; y
- Se recomiende a un proveedor no participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades médicas particulares, que pueda prestar los servicios médicos solicitados.

I. Apelación estándar.

1. Apelación de preautorización. Si su apelación se relaciona con una solicitud de preautorización, decidiremos la apelación dentro de los 30 días calendario luego de recibida la solicitud de apelación. Se le enviará a usted (o a la persona que usted designe) una notificación escrita de la determinación y, si corresponde, también a su proveedor, dentro de los dos días hábiles luego de que se tome la determinación, pero antes de los 30 días calendario luego de que se reciba la solicitud de apelación.

- 2. Apelación retrospectiva.** Si su apelación se relaciona con una reclamación retrospectiva, tomaremos una decisión sobre la apelación en un plazo de 30 días calendario luego de recibir la información necesaria para llevar a cabo la apelación o 60 días luego de recibir la apelación, lo que suceda antes. Se le enviará a usted (o a la persona que usted designe) una notificación escrita de la determinación y, si corresponde, también a su proveedor, dentro de los dos días hábiles luego de que se tome la determinación, pero antes de los 60 días calendario luego de que se reciba la solicitud de apelación.
- 3. Apelación acelerada.** Una apelación de una revisión de servicios médicos continuados o extendidos, servicios adicionales prestados durante un tratamiento continuo, servicios de cuidado de salud en el hogar luego del alta de una admisión en un hospital para pacientes internados, servicios en los que un proveedor solicita una revisión inmediata, servicios para trastornos de salud mental y/o de abuso de sustancias que pueden estar sujetos a una orden judicial o cualquier otro asunto urgente, se manejará de forma acelerada. La apelación acelerada no está disponible para revisiones retrospectivas. Para una apelación acelerada, su proveedor tendrá un acceso razonable al colega clínico revisor asignado a la apelación en un plazo de un día hábil luego de recibida la solicitud de apelación. Su proveedor y el colega clínico revisor pueden intercambiar información por teléfono o por fax. Una apelación acelerada se determinará dentro de las 72 horas de recibida la apelación o de dos días hábiles de recibida la información necesaria para procesar la apelación, lo que suceda primero. Se le enviará a usted (o a la persona que usted designe) una notificación escrita de la determinación dentro de las 24 horas luego de que se tome la determinación pero antes de las 72 horas luego que se reciba la solicitud de apelación.

Si no logramos proporcionar una determinación de su apelación dentro de los 60 días calendario luego de recibir la información necesaria para una apelación estándar o dentro de los dos días hábiles de recibir la información necesaria para una apelación acelerada, se considerará una revocación de la determinación adversa inicial.

- 4. Apelación por abuso de sustancias.** Si denegamos una solicitud para el tratamiento del trastorno de abuso de sustancias que fue presentada con 24 horas de antelación al alta de una admisión como paciente hospitalizado, y usted o su proveedor presentan una apelación interna acelerada de nuestra determinación adversa, resolveremos la apelación dentro de las 24 horas luego de recibida la solicitud de apelación. Si usted o su proveedor presentan una apelación interna acelerada y una apelación externa acelerada dentro de las 24 horas luego de recibida nuestra determinación adversa, también proporcionaremos cobertura para el tratamiento del trastorno de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados mientras esté pendiente la determinación de la apelación interna y de la apelación externa.

J. Revisión completa e imparcial de una apelación

Le proporcionaremos, sin cargo, toda evidencia nueva o adicional que tengamos en cuenta, en la que nos basemos o que generemos, o todo fundamento nuevo o adicional que se relacione con su apelación. Las evidencias o el fundamento se proporcionarán tan pronto como sea posible y con la antelación suficiente a la fecha en la que se le debe enviar el aviso de determinación adversa final a fin de otorgarle una oportunidad razonable para que pueda responder antes de esa fecha.

K. Asistencia para presentar apelaciones

Si necesita ayuda para presentar una apelación, puede comunicarse con el Programa de Asistencia al Consumidor independiente del estado a:

Community Health Advocates

633 Third Ave., 10th Floor

New York, NY 10017

O llamar a la línea gratuita: 888-614-5400

Correo electrónico: cha@cssny.org

Sitio web: communityhealthadvocates.org

SECCIÓN XXI – APELACIÓN EXTERNA

A. Su derecho a una apelación externa

En algunos casos, usted tiene derecho a presentar una apelación externa por una denegación de cobertura. Si hemos denegado la cobertura alegando que un servicio no es médicamente necesario (esto incluye la idoneidad, el entorno de cuidado médico, el nivel de cuidado o la eficacia de un beneficio cubierto); o es un tratamiento experimental o en etapa de investigación (incluso los ensayos clínicos y los tratamientos para enfermedades poco comunes); o es un tratamiento fuera de la red, o es un servicio de emergencia o una factura sorpresa (incluso si se aplicó el costo compartido correcto), usted o su representante pueden apelar esa decisión ante un agente de apelaciones externas, un tercero independiente certificado por el estado para llevar a cabo estas apelaciones.

Para que usted sea elegible para una apelación externa debe cumplir con los dos siguientes requisitos:

- El servicio, procedimiento o tratamiento debe ser un servicio cubierto conforme a este contrato; y
- En general, debe haber recibido una determinación final adversa a través de nuestro proceso de apelación interna. Sin embargo, puede presentar una apelación externa aunque no haya recibido una determinación adversa final a través de nuestro proceso de apelación interna si:
 - Aceptamos por escrito renunciar al proceso de apelación interna. No tenemos la obligación de aceptar su solicitud de renuncia al proceso de apelación interna.
 - Usted presenta una apelación externa al mismo tiempo que solicita una apelación interna acelerada.
 - No cumplimos con los requisitos de procesamiento de la reclamación de revisión de utilización (excepto por una infracción menor que sea poco probable que lo perjudique o dañe, y demostramos que la infracción fue por una buena causa o por motivos que iban más allá de nuestro control, y la infracción ocurra durante un intercambio continuo de información de buena fe entre usted y nosotros).

B. Su derecho a apelar una determinación de que un servicio no es médicamente necesario

Si hemos denegado la cobertura sobre la base de que el servicio no es médicamente necesario, usted puede apelar ante un agente de apelación externa si cumple con los requisitos para una apelación externa anteriormente detallados en el párrafo “A”.

C. Su derecho a apelar una determinación de que un servicio es experimental o de investigación

Si hemos denegado la cobertura sobre la base de que el servicio es un tratamiento experimental o está en etapa de investigación (lo que incluye ensayos clínicos y tratamientos para enfermedades poco comunes), usted debe cumplir con los dos requisitos para una apelación externa anteriormente detallados en el párrafo “A”, y su médico tratante debe certificar que usted tiene una condición o enfermedad para la cual:

1. Los servicios de salud estándares son ineficaces o médicamente inapropiados;
2. No existe un servicio o procedimiento estándar más beneficioso que cubramos; o
3. Existe un ensayo clínico o un tratamiento para una enfermedad poco común (según lo define la ley).

Además, su médico tratante debe haberle recomendado una de las siguientes opciones:

1. Un servicio, procedimiento o tratamiento que dos documentos que forman parte de la evidencia científica y médica disponible indiquen que posiblemente sea más beneficioso para usted que cualquier servicio cubierto estándar (solo se considerarán ciertos documentos para respaldar esta recomendación. Su médico tratante debe comunicarse con el estado para obtener información actual sobre qué documentos serán considerados o aceptados).
2. Un ensayo clínico para el cual usted es elegible (solo pueden considerarse ciertos ensayos clínicos)
3. Un tratamiento para una enfermedad poco común y para el cual su médico tratante certifica que no existe un tratamiento estándar que pueda ser más beneficioso desde el punto de vista clínico para usted que el servicio solicitado, que el servicio solicitado puede beneficiarlo en el tratamiento de su enfermedad poco común y que dicho beneficio es mayor que el riesgo de ese servicio. Además, su médico tratante debe certificar que su condición es una enfermedad poco común que está en la actualidad, o estuvo anteriormente, sujeta a un estudio de investigación por parte de la Red de Investigación Clínica de Enfermedades Poco Comunes de los Institutos Nacionales de Salud o que afecta a menos de 200,000 residentes estadounidenses por año.

A los efectos de esta sección, su médico tratante debe estar certificado, certificado por el Colegio de Médicos o ser un médico que reúna los requisitos del Colegio de Médicos para desempeñarse en un área de especialización adecuada para tratar su condición o enfermedad. Además, en el caso de un tratamiento para una enfermedad poco común, el médico a cargo del tratamiento puede no ser su médico tratante.

D. Su derecho a apelar una determinación de que un servicio se presta fuera de la red

Si hemos denegado la cobertura de un tratamiento fuera de la red porque no es sustancialmente diferente al servicio de salud disponible dentro de la red, usted puede apelar ante un agente de apelación externa si cumple con los dos requisitos para una apelación externa anteriormente detallados en el párrafo “A”, y si ha solicitado la preautorización para el tratamiento fuera de la red.

Además, su médico tratante debe certificar que el servicio fuera de la red es sustancialmente diferente al servicio de salud alternativo recomendado dentro de la red y que, según dos documentos de la evidencia científica y médica disponible, es posible que sea más beneficioso desde el punto de vista clínico que el tratamiento alternativo dentro de la red y que es posible que el riesgo adverso del servicio de salud solicitado no sea sustancialmente mayor que el del servicio de salud alternativo dentro de la red.

El médico debe estar certificado, certificado por el Colegio de Médicos o ser un médico que reúna los requisitos del Colegio de Médicos para desempeñarse en una especialidad adecuada para tratarlo y prestarle el servicio de salud.

E. Su derecho a apelar una denegación de preautorización fuera de la red para un proveedor no participante

Si hemos denegado la cobertura de una solicitud de autorización para un proveedor no participante porque determinamos que contamos con un proveedor participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades médicas particulares,

que puede prestar el servicio solicitado, usted puede apelar ante un agente de apelación externa si cumple con los dos requisitos para una apelación externa anteriormente detallados en el párrafo “A”.

Además, su médico tratante debe certificar que el proveedor participante recomendado por nosotros no cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades médicas particulares y debe recomendar un proveedor no participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer tales necesidades, que pueda prestar el servicio médico solicitado.

A los fines de esta sección, su médico tratante debe estar certificado, certificado por el Colegio de Médicos o ser un médico que reúna los requisitos del Colegio de Médicos y que esté calificado para ejercer en el área de especialidad adecuada para tratarlo por el servicio de salud.

F. Su derecho a apelar una denegación de excepción al formulario

Si hemos denegado su solicitud de cobertura de un medicamento recetado no incluido en el formulario a través de nuestro proceso de excepción al formulario, usted, la persona que usted designe o el profesional médico que le receta pueden apelar la denegación de excepción al formulario ante un agente de apelaciones externas. Para obtener más información sobre el proceso de excepción al formulario, consulte la sección **Cobertura de medicamentos recetados** de este contrato.

G. El proceso de apelación externa

Como miembro, usted tiene cuatro meses desde que recibe una determinación adversa final o desde que recibe una renuncia al proceso de apelación interna para presentar una solicitud por escrito para una apelación externa. Su proveedor tiene 60 días desde que recibe la determinación adversa final o desde que recibe la renuncia a la apelación interna para presentar una apelación externa.

Si presenta una apelación externa porque no cumplimos con los requisitos de procesamiento de reclamaciones, tiene cuatro meses desde tal incumplimiento para presentar una solicitud por escrito para una apelación externa.

Le otorgaremos una solicitud de apelación externa con la determinación adversa final emitida a través de nuestro proceso de apelación interna o nuestra renuncia por escrito a una apelación interna. Puede pedir una solicitud de apelación externa al Departamento de Servicios Financieros del estado de New York por teléfono al 800-400-8882. Envíe la solicitud completa al Departamento de Servicios Financieros a la dirección que se indica en la solicitud. Si cumple con los criterios para una apelación externa, el estado enviará la solicitud a un agente de apelaciones externas certificado.

Si el agente de apelaciones externas determina que la información que usted presentó representa un cambio significativo con respecto a la información sobre la cual nosotros basamos nuestra denegación, dicho agente compartirá esta información con nosotros a fin de que podamos ejercer nuestro derecho a reconsiderar nuestra decisión. Si decidimos ejercer este derecho, tendremos tres días hábiles para modificar o confirmar nuestra decisión. Tenga en cuenta que, en el caso de una apelación externa acelerada (detallada a continuación), no tenemos derecho a reconsiderar nuestra decisión.

En general, el agente de apelaciones externas debe tomar una decisión dentro de los 30 días a partir de la recepción de su solicitud completa. El agente de apelaciones externas puede solicitar que usted, su médico o nosotros le proporcionemos información adicional. Si el agente de apelaciones externas solicita información adicional, tendrá cinco días hábiles adicionales para tomar una decisión. El agente de apelaciones externas debe comunicarle su decisión por escrito en un plazo de dos días hábiles.

Si su médico tratante certifica que la demora en la prestación del servicio que ha sido denegado representa una amenaza grave o inminente para su salud; o si su médico tratante certifica que el plazo de la apelación externa estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o la posibilidad de recuperar sus funciones por completo; o si usted recibió servicios de emergencia y no se lo ha dado de alta del centro y la denegación está relacionada con una admisión, disponibilidad de atención o continuación de la estadía, usted puede solicitar una apelación externa acelerada. En ese caso, el agente de apelaciones externas debe tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la recepción de su solicitud completa. Inmediatamente después de tomar una decisión, dicho agente debe comunicarse con usted y con nosotros, por teléfono o fax, para informarnos su decisión. El agente de apelaciones externas también debe enviarle a usted una notificación por escrito sobre su decisión.

Si su solicitud interna de excepción al formulario recibió una revisión estándar a través de nuestro proceso de excepción al formulario, el agente de apelaciones externas debe tomar una decisión sobre su apelación externa y comunicársela por teléfono a usted o a la persona que usted designe y al profesional médico que receta, dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud completa. El agente de apelaciones externas se comunicará por escrito con usted o con la persona que usted designe y con el profesional médico que receta, dentro de los dos días hábiles luego de tomar una determinación. Si el agente de apelaciones externas revoca nuestra denegación, cubriremos el medicamento recetado mientras lo esté tomando, incluso cualquier reposición.

Si su solicitud interna de excepción al formulario recibió una revisión acelerada a través de nuestro proceso de excepción al formulario, el agente de apelaciones externas debe tomar una decisión sobre su apelación externa y comunicársela por teléfono a usted o a la persona que usted designe y al profesional médico que receta, dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud completa. El agente de apelaciones externas se comunicará por escrito con usted o con la persona que usted designe y con el profesional médico que receta, dentro de los dos días hábiles luego de tomar una determinación. Si el agente de apelaciones externas revoca nuestra denegación, cubriremos el medicamento recetado mientras usted sufra la condición médica que puede poner en grave peligro su salud, su vida o su capacidad para recuperar sus funciones por completo o por el tiempo que dure su tratamiento actual con el medicamento recetado que no está en el formulario.

Si el agente de apelaciones externas revoca nuestra decisión de que un servicio no es médicamente necesario o aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o en etapa de investigación o de un tratamiento fuera de la red, nosotros le proporcionaremos la cobertura sujeta a los demás términos y condiciones de este contrato. Tenga en cuenta que si el agente de apelaciones externas aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o en etapa de investigación que forma parte de un ensayo clínico, solo cubriremos el costo de los servicios solicitados para proporcionarle

tratamiento de acuerdo con el diseño del ensayo. No pagaremos los costos de los medicamentos o dispositivos de investigación, los costos de los servicios que no sean médico, los costos de la administración de la investigación, ni los costos que no estarían cubiertos según este contrato para tratamientos que no sean de investigación proporcionados en el ensayo clínico.

La decisión del agente de apelaciones externas es vinculante tanto para usted como para nosotros. La decisión del agente de apelaciones externas es válida en cualquier procedimiento judicial.

H. Sus responsabilidades

Es su responsabilidad iniciar el proceso de apelación externa.

Puede iniciar el proceso de apelación externa presentando una solicitud completa ante el Departamento de Servicios Financieros del estado de New York. Puede designar a un representante para que le ayude con su solicitud; sin embargo, es posible que el Departamento de Servicios Financieros se comunique con usted y le solicite que confirme por escrito que ha designado al representante.

Según las leyes del estado de New York, su solicitud completa para una apelación externa debe presentarse dentro de los cuatro meses desde la fecha en la que recibió la determinación adversa final o la fecha en la que recibió una renuncia por escrito a cualquier apelación interna, o el incumplimiento de los requisitos de procesamiento de reclamaciones de nuestra parte. No tenemos la autoridad para extender este plazo.

SECCIÓN XXII – FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

A. Finalización automática de este contrato

1. En el momento de su fallecimiento
2. Cuando cumpla 65 años, su cobertura finalizará al final del mes de su cumpleaños o cuando sea elegible para Medicare
3. Cuando sea elegible para Medicaid o se inscriba en el programa Medicaid, su cobertura terminará al finalizar el mes en el cual se determina que usted es elegible para Medicaid
4. Cuando sus ingresos superen el 200% del nivel de pobreza federal, su cobertura terminará al finalizar el mes en el que hayan cambiado sus ingresos
5. Cuando se haya modificado su estatus de inmigración y pase a ser elegible para recibir otra cobertura, incluso Medicaid, su cobertura terminará al finalizar el mes antes de que se determine que es elegible para Medicaid
6. Cuando se inscriba en un programa diferente a través del mercado de seguros NY State of Health Marketplace
7. Cuando se haya inscrito en un seguro médico a bajo precio patrocinado por el empleador

B. Finalización por parte del miembro

Usted puede finalizar este contrato en cualquier momento mediante una notificación escrita a NYSOH con 14 días de anticipación.

C. Finalización por nuestra parte

Podemos finalizar este contrato con una notificación escrita con 30 días de anticipación por los siguientes motivos:

1. Incumplimiento del pago de las primas

Usted debe pagarnos las primas en la fecha de pago de cada prima. Si bien cada prima vence en la fecha de pago, hay un periodo de gracia para cada pago de la prima. Si no recibimos el pago de la prima antes de que termine el periodo de gracia, la cobertura finalizará de la siguiente manera:

- Si no cumple con el pago de la prima requerida dentro del periodo de gracia de 30 días, este contrato finalizará el último día del periodo de gracia de 30 días. Si este contrato finaliza, usted no tendrá que pagar ninguna reclamación que se presente durante el periodo de gracia.

2. Fraude o tergiversación intencional de un hecho sustancial

Si realizó algún acto que constituye fraude o incluyó, por escrito, una tergiversación intencional de un hecho sustancial en su solicitud de inscripción o con el fin de obtener cobertura para un servicio, este contrato finalizará inmediatamente mediante una notificación escrita dirigida a usted por parte de NYSOH. Sin embargo, si hace una tergiversación intencional de un hecho sustancial por escrito en su solicitud de inscripción, rescindiremos este contrato si esos datos falsos nos hubieran llevado a negarnos a expedir este contrato y si la solicitud está relacionada con este contrato. Rescisión significa que la finalización de su cobertura tendrá un efecto retroactivo de hasta un año, a la emisión de este contrato.

3. Si usted ya no vive o reside en nuestra área de servicio.

4. La fecha en que el contrato termina porque dejamos de ofrecer la clase de contratos a la cual pertenece este contrato, independientemente de la experiencia en reclamaciones o del estado relacionado con la salud de este contrato. Le enviaremos una notificación escrita con al menos 90 días de anticipación.
5. La fecha en que el contrato termina porque dejamos de ofrecer toda la cobertura para hospitales y gastos médicos o quirúrgicos en el mercado individual, en este estado. Le enviaremos una notificación escrita con al menos 180 días de anticipación.

La finalización no afectará el derecho a una reclamación por beneficios que surgieron antes de la finalización.

SECCIÓN XXIII – DERECHOS DE SUSPENSIÓN TEMPORAL PARA LOS MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS

Si usted, el suscriptor, es un miembro de un componente de reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluida la Guardia Nacional, tiene derecho a una suspensión temporal de la cobertura durante el servicio activo y al restablecimiento de la cobertura al finalizar el servicio activo si se cumplen estas condiciones:

1. Su servicio activo se extiende durante un periodo en el cual el Presidente está autorizado a enviar unidades de reserva a los servicios activos, siempre y cuando dicho servicio activo adicional sea a instancias del gobierno federal, y para la conveniencia de este; y
2. Usted presta servicio durante menos de cinco años de servicio activo.

Debe enviarnos una solicitud por escrito para suspender su cobertura durante un periodo de servicio activo. Sus primas no devengadas serán reembolsadas durante el periodo de dicha suspensión.

Cuando finalice el servicio activo, se puede reanudar su cobertura siempre y cuando:

1. Nos envíe una solicitud por escrito
2. Remita la prima dentro de los 60 días posteriores a que finalice el servicio activo

El derecho de reanudación se extiende a la cobertura para sus dependientes. En el caso de la cobertura que se suspendió mientras estaba en servicio activo, la cobertura será retroactiva a la fecha en la cual terminó el servicio activo.

SECCIÓN XXIV – CLÁUSULAS GENERALES

1. Acuerdos entre nosotros y los proveedores participantes

Cualquier acuerdo entre nosotros y los proveedores participantes solo puede ser terminado por nosotros o por los proveedores. Este contrato no exige a los proveedores que acepten a un suscriptor como paciente. No garantizamos la admisión de un suscriptor por parte de un proveedor participante o un programa de beneficios de salud.

2. Cesión

No puede ceder ningún beneficio en virtud de este contrato a ninguna persona, corporación u otra organización, salvo que se trate de una cesión a su proveedor por una factura sorpresa. Cualquier cesión que realice que no sea dinero por una factura sorpresa o una cesión de dinero que se debe a un hospital por servicios de emergencia, incluidos los servicios para pacientes hospitalizados luego de la atención en el departamento de emergencias, será anulada e inaplicable.

Cesión significa la transferencia a otra persona, corporación u organización de su derecho a recibir los servicios proporcionados conforme a este contrato o su derecho a cobrar dinero de nosotros por esos servicios.

3. Cambios en este contrato

Podemos cambiar de manera unilateral este contrato en el momento de la renovación si le enviamos notificación escrita con 45 días de anticipación.

4. Elección del derecho aplicable

Este contrato se regirá por las leyes del estado de New York.

5. Errores administrativos

Los errores administrativos, ya sea por parte nuestra o suya, con respecto a este contrato, o a cualquier otra documentación emitida por nosotros en relación con este contrato, o en la redacción de los registros pertinentes a la cobertura establecida en el presente, no modificarán ni invalidarán la cobertura que de otro modo estaría en vigencia válidamente ni continuarán la cobertura que de otro modo habría terminado válidamente.

6. Conformidad con la ley

Cualquier término de este contrato que entre en conflicto con las leyes del estado de New York o con cualquier otra ley federal vigente que imponga requisitos adicionales a los que exigen las leyes del estado de New York será modificado para poder cumplir con los requisitos mínimos de dicha ley.

7. Limitaciones de la continuación de beneficios

Algunos de los beneficios de este contrato pueden limitarse a una cantidad específica de visitas. No tendrá derecho a ningún beneficio adicional si el estado de su cobertura cambia durante el año. Por ejemplo, si termina su cobertura y usted se inscribe en el producto más adelante durante el año.

8. Acuerdo total

Este contrato, más cualquier aprobación, cláusula adicional y las solicitudes adjuntas, si las hubiese, constituyen el contrato completo.

9. Fraude y facturación abusiva

Contamos con procesos para revisar las reclamaciones antes y después del pago para detectar fraudes y facturación abusiva. Los miembros que obtengan servicios de proveedores no participantes podrían tener que pagarle al proveedor no participante cargos adicionales de facturación del saldo por los servicios que se determinen que no son pagaderos porque creemos razonablemente que se ha cometido un fraude o una falta intencional, o que ha habido facturación abusiva.

10. Suministro de información y auditoría

Usted nos proporcionará de inmediato toda la información y los registros que podamos solicitarle ocasionalmente para cumplir con nuestras obligaciones según este contrato. Usted debe proporcionarnos información por teléfono por los siguientes motivos: para permitirnos determinar el nivel de cuidado que necesita, para que podamos certificar el cuidado autorizado por su médico o para tomar decisiones relacionadas con la necesidad médica de su cuidado.

11. Tarjetas de identificación

Emitimos las tarjetas de identificación solo con fines de identificación. La posesión de una tarjeta de identificación no otorga derecho a obtener servicios o beneficios en virtud de este contrato. Para poder obtener estos servicios o beneficios, la totalidad de sus primas debe estar paga en el momento de recibir dichos servicios.

12. Incontestabilidad

Ninguna declaración hecha por usted en una solicitud de cobertura conforme a este contrato anulará el contrato ni se usará en procedimientos legales, a menos que la solicitud o una copia fiel de ella estén adjuntas al contrato. Luego de dos años desde la fecha de emisión del presente contrato, ninguna tergiversación, excepto por las tergiversaciones fraudulentas hechas por usted en la solicitud de cobertura, se utilizarán para anular el contrato o denegar una reclamación.

13. Contratistas independientes

Los proveedores participantes son contratistas independientes. No son nuestros agentes ni empleados. No somos agentes ni empleados de ningún proveedor participante. Nuestros empleados tampoco lo son. No somos responsables de ninguna reclamación o demanda con respecto a los daños que surjan de alguna lesión (o que estén de alguna manera relacionados con dicha lesión) supuestamente sufrida por usted mientras recibía atención de un proveedor participante o en algún centro de proveedores participantes.

14. Opiniones para el desarrollo de nuestras pólizas

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas más convenientes para nuestros miembros.

Si tiene alguna idea, infórmenos. Puede participar en el desarrollo de nuestras políticas llamando a Servicios para Miembros al 800-300-8181 (TTY 711).

15. Accesibilidad a los materiales

Le daremos tarjetas de identificación, contratos, cláusulas adicionales y otros materiales necesarios.

16. Más información acerca de Empire

Puede solicitar información adicional sobre su cobertura según este contrato. Si la solicita, le proporcionaremos la siguiente información:

- Una lista de los nombres, las direcciones de empresas y los cargos oficiales de nuestra Junta Directiva, funcionarios y miembros; así como nuestro estado financiero anual certificado más reciente, que incluye un balance general y un resumen de los recibos y desembolsos
- La información que proporcionamos al estado con respecto a las quejas de nuestros consumidores
- Una copia de nuestros procedimientos para mantener la confidencialidad de la información de los suscriptores
- Una copia de nuestro formulario de medicamentos. También puede preguntar acerca de si un medicamento específico se encuentra dentro de la cobertura según este contrato.
- Una descripción por escrito de nuestro programa de control de calidad
- Una copia de nuestra política médica con respecto a un medicamento, dispositivo médico o tratamiento experimental o en etapa de investigación en ensayos clínicos
- Afiliaciones de proveedores con hospitales participantes
- Una copia de nuestros criterios de revisión clínica (p. ej., criterios de necesidad médica) y, cuando corresponda, otra información clínica que podamos considerar con respecto a una enfermedad específica, un tratamiento o guías de revisión de utilización, incluidos los criterios de revisión clínica relacionados con una determinación de anulación del protocolo de la terapia escalonada
- Procedimientos de solicitudes por escrito y requisitos de calificación mínima para los proveedores
- Los documentos que contienen los procesos, las estrategias, los estándares probatorios y otros factores utilizados para solicitar una limitación del tratamiento con respecto a los beneficios médicos o quirúrgicos y a los beneficios para trastornos de salud mental o de abuso de sustancias según este contrato

17. Aviso

Todo aviso que le proporcionemos conforme a este contrato se enviará a su dirección tal como aparece en nuestros registros. Usted acepta informarnos sobre cualquier cambio en su dirección. Si tiene que enviarnos algún aviso, deberá hacerlo a través del correo de los EE. UU. con servicio prioritario y franqueo prepagado a la siguiente dirección:

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
P.O. Box 61010
Virginia Beach, VA 23466-1010

18. Pago de la prima

La prima del primer mes, si hubiera, vence y es pagadera cuando usted solicite la cobertura. La cobertura comenzará en la fecha de entrada en vigencia del contrato, como se define en el presente documento. A partir de ese momento, las primas siguientes vencen y son pagaderas el primer día de cada mes. Si se realiza el pago de una prima por error, le daremos un reembolso del monto pagado en exceso.

19. Reembolso de primas.

Le otorgaremos todo reembolso de primas que corresponda.

20. Recuperación de sobrepagos

En algunos casos, es posible que se le haga un pago cuando usted no tiene cobertura, para un servicio que no está cubierto, o un pago que es mayor de lo que corresponde. Cuando esto suceda, le explicaremos el problema y usted deberá devolvernos el monto del sobrepago dentro de los 60 días posteriores a la recepción de una notificación de nuestra parte. Sin embargo, no iniciaremos acciones para la recuperación del sobrepago después de que hayan transcurrido 24 meses de haber realizado el pago original, a menos que creamos razonablemente que se ha cometido un fraude o una falta intencional.

21. Fecha de renovación

La fecha de renovación de este contrato es 12 meses después de la fecha de entrada en vigencia de este contrato. Este contrato se renovará automáticamente todos los años en la fecha de renovación, siempre y cuando usted siga siendo elegible conforme al contrato y a menos que lo demos por terminado, según lo permita el contrato. El contrato no se renueva automáticamente y el miembro debe intervenir, como mínimo, una vez por año. Si tiene alguna pregunta sobre la renovación del contrato, el miembro debe consultar con el Departamento de Retención llamando al 888-809-8009 (TTY 711).

22. Restablecimiento luego del incumplimiento

Si no cumple con algún pago conforme a este contrato, se reactivará el contrato después que nosotros o uno de nuestros agentes autorizados o agentes de seguros aceptemos el pago. La aceptación de un pago posterior garantiza el restablecimiento, pero puede haber un periodo sin cobertura.

23. Derecho a desarrollar guías y normas administrativas

Podemos desarrollar o adoptar estándares que describan en más detalle cuándo realizaremos o no los pagos conforme a este contrato. Ejemplos del uso de los estándares para determinar: si el cuidado de pacientes hospitalizados era médicamente necesario, si una cirugía era médicamente necesaria para tratar su enfermedad o lesión, o si ciertos servicios son de atención especializada. Esos estándares no irán en contra de las descripciones en este contrato. Si tiene alguna pregunta sobre los estándares que se aplican a un beneficio en particular, puede contactarnos y se los explicaremos o le enviaremos una copia de ellos. Es posible que también desarrollemos normas administrativas relacionadas con la inscripción y otras cuestiones administrativas. Tendremos todas las facultades necesarias o adecuadas que nos permitan cumplir con las obligaciones vinculadas a la administración de este contrato.

Revisamos y evaluamos la nueva tecnología de acuerdo con los criterios de evaluación tecnológica desarrollados por nuestros directores médicos y revisados por un comité designado, que está formado por profesionales de salud de diversas especialidades médicas.

Las conclusiones del comité se incorporan a nuestras políticas médicas para establecer protocolos de decisión a fin de determinar si un servicio es médicamente necesario, experimental o de investigación, o si está incluido como un beneficio cubierto. Nuestro director médico y los médicos de nuestro plan evalúan los nuevos avances médicos o cambios tecnológicos en las siguientes áreas:

- Salud conductual.
- Dispositivos.

- Tratamiento médico.
- Medicamentos recetados.

También consideran hallazgos científicos para determinar si estos nuevos avances y tratamientos médicos:

- Son considerados seguros y eficaces por el gobierno.
- Dan resultados iguales o mejores que el tratamiento o la terapia existentes.

24. Derecho a compensación

Si le pagamos una reclamación por error o usted nos debe dinero, debe pagar el monto que nos debe. Salvo que la ley exija lo contrario, si le debemos un pago por otras reclamaciones recibidas, nos reservamos el derecho a sustraer del monto que le debemos cualquier monto que usted nos adeude.

25. Marcas de servicio

Servicios prestados por HealthPlus HP, LLC, un licenciario de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

26. Divisibilidad

La incapacidad de ejecutar o la invalidación de cualquier cláusula de este contrato no afectarán la validez ni la ejecución del resto de contrato.

27. Cambio significativo de las circunstancias

Si no podemos prestarle los servicios cubiertos como lo indica este contrato debido a eventos fuera de nuestro control, haremos un esfuerzo de buena fe para hacer arreglos alternativos. Estos eventos incluirían una catástrofe, una epidemia, la destrucción total o parcial de centros, revueltas, una rebelión civil, discapacidad de una parte importante del personal de los proveedores participantes o causas similares. Haremos lo razonablemente posible por proporcionarle los servicios cubiertos. Ni nosotros ni nuestros proveedores participantes seremos responsables por demoras o por la incapacidad de prestarle los servicios cubiertos si dicha incapacidad o demora fuera causada por los eventos mencionados.

28. Subrogación y reembolso

Estos párrafos se aplican cuando una parte (incluido cualquier asegurador) es, o puede llegar a ser, responsable de su lesión, enfermedad u otra condición y nosotros hemos proporcionado los beneficios relacionados con esa lesión, enfermedad o condición. Según lo permita la ley estatal vigente, a menos que prevalezca la ley federal, es posible que estemos subrogados a todos los derechos de recuperación ante cualquier parte mencionada (incluido su propio asegurador) respecto de los beneficios que le proporcionemos según este contrato. Subrogación significa que tenemos el derecho, independientemente de usted, a proceder directamente ante la otra parte para recuperar los beneficios que le proporcionamos.

Sujeto a la ley estatal vigente, a menos que prevalezca la ley federal, tenemos el derecho de recibir un reembolso si usted o alguien en su nombre recibe el pago de una parte responsable (incluido su propio asegurador) del monto correspondiente a un seguro, resolución de un tribunal o acuerdo en relación con una lesión, enfermedad o condición para la cual le proporcionamos

beneficios. Según la Sección 5-335 de la Ley de Obligaciones Generales de New York, nuestro derecho a una recuperación no corresponde cuando se ha llegado a un acuerdo entre el demandante y el demandado, a menos que exista un derecho reglamentario de reembolso. La ley también establece que, al llegar a un acuerdo, se presume que usted no llevó a cabo ninguna acción en contra de nuestros derechos ni violó ningún contrato entre usted y nosotros. La ley presume que el acuerdo entre usted y la parte responsable no incluye una compensación por el costo de los servicios médicos para los cuales proporcionamos beneficios.

Le solicitamos que nos notifique dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que se presenta un aviso ante cualquiera de las partes, incluso una compañía de seguro o un abogado, de su intención de presentar o investigar una reclamación para recuperar daños y perjuicios u obtener una compensación debido a una lesión, enfermedad o condición que usted ha sufrido y para la que Hemos proporcionado beneficios. Debe proporcionarnos toda la información que nosotros o nuestros representantes le solicitemos, como, por ejemplo, completar y presentar toda solicitud u otros formularios o declaraciones que le solicitemos razonablemente.

29. Terceros beneficiarios

Este contrato no tiene como objetivo crear ningún tercero beneficiario y ninguna parte de este contrato le otorgará a ninguna persona o entidad que no sea usted ningún derecho, beneficio o compensación de ningún tipo conforme a este contrato o en virtud de él. Ningún tercero puede exigir el cumplimiento de las cláusulas de este contrato ni buscar ningún tipo de compensación por el cumplimiento o incumplimiento de alguna parte de este contrato de nuestra parte o la suya, ni iniciar una acción legal o investigación por el incumplimiento de alguno de los términos de este contrato.

30. Tiempo para acciones legales

No puede presentar una demanda, conforme a derecho o equidad, en nuestra contra hasta que hayan transcurrido 60 días de haber presentado ante nosotros una reclamación por escrito, como se exige en este contrato. Conforme a este contrato, podrá iniciar una demanda en nuestra contra dentro de los dos años posteriores a la fecha en que se debió presentar la reclamación.

31. Servicios de traducción

Los servicios de traducción para los suscriptores que no hablan inglés se encuentran disponibles sin cargo conforme a este contrato. Para acceder a estos servicios, contáctenos al 800-300-8181 (TTY 711).

32. Lugar para acciones legales

Si surgiera una disputa conforme a este contrato, debe resolverse en un tribunal ubicado en el estado de New York. Usted acepta no iniciar ninguna demanda contra nosotros en un tribunal emplazado en otro lugar. Usted también da su consentimiento para que los tribunales del estado de New York tengan jurisdicción personal sobre usted. Eso significa que, cuando se hayan seguido los procedimientos apropiados para iniciar una demanda en dichos tribunales, estos pueden ordenarle que se defienda de cualquier acción legal que iniciemos en su contra.

33. Renuncia

La renuncia de cualquiera de las partes respecto del incumplimiento de cualquier cláusula de este contrato no se considerará una renuncia respecto del incumplimiento posterior de esta cláusula u otra. El hecho de no ejercer cualquier derecho aquí mencionado no significará una renuncia a este.

34. Quién puede modificar este contrato

No se puede modificar, alterar o cambiar el contrato, a menos que sea por escrito y con la firma de nuestro Presidente o de una persona designada por él. Ningún empleado, agente u otra persona está autorizado a interpretar, alterar, modificar o cambiar de cualquier forma este contrato para extender o limitar el alcance de la cobertura o las condiciones de elegibilidad, inscripción o participación, a menos que se haga por escrito y con la firma del Presidente o de una persona designada por él.

35. Quién recibe los pagos según este contrato

Conforme a este contrato, los pagos por los servicios prestados por un proveedor participante se harán directamente al proveedor. Si recibe servicios de un proveedor no participante, nos reservamos el derecho de pagarle a usted o al proveedor. Si usted cede los beneficios por una factura sorpresa a un proveedor no participante, le pagaremos directamente al proveedor no participante. Para obtener más información sobre las facturas sorpresa, consulte la sección **Cómo funciona su cobertura** de este contrato.

36. Sin efecto en la compensación para trabajadores

La cobertura otorgada por este contrato no reemplaza ni afecta ninguno de los requisitos de cobertura establecidos por la ley o seguro de compensación para trabajadores.

37. Sus historia clínica e informes médicos

Para proporcionarle cobertura según este contrato, es posible que necesitemos que obtenga su historia clínica e información de los proveedores que lo han tratado. Nuestras acciones para proporcionar esa cobertura incluyen el procesamiento de sus reclamaciones, la revisión de reclamos, apelaciones o quejas relacionados con su atención y las revisiones de control de calidad de su atención, independientemente de que estén basadas en una queja específica o en una auditoría de rutina de casos seleccionados al azar. Al aceptar la cobertura en virtud de este contrato, excepto que lo prohíba la ley estatal o federal, usted nos otorga automáticamente a nosotros o a la persona que designemos la autorización para obtener y usar su historia clínica con dichos propósitos y autoriza a todos los proveedores que le presten servicios a lo siguiente:

- Divulgar todos los datos correspondientes a su atención, tratamiento y condición física a nosotros o un profesional médico, dental o de salud mental, que podemos involucrar para que nos ayude con la revisión de un tratamiento o una reclamación, o en relación con una queja o una revisión de la calidad del cuidado médico
- Entregar informes correspondientes a su atención, tratamiento y condición física a nosotros o a un profesional médico, dental o de salud mental, que podemos involucrar para que nos ayude con la revisión del tratamiento o la reclamación
- Permitir que copiemos su historia clínica

Aceptamos mantener su información médica de conformidad con los requerimientos de confidencialidad estatales y federales. Sin embargo, en la medida en que lo permita la ley estatal o federal, usted automáticamente nos otorga permiso para compartir su información con el Departamento de Salud del estado de New York y otras agencias locales, estatales y federales autorizadas con autoridad sobre Essential Plan; organizaciones de supervisión de calidad y terceros contratados para ayudarnos en la administración de este contrato; siempre y cuando también acepten mantener su información de conformidad con los requerimientos de confidencialidad estatales y federales. Si quiere revocar alguno de los permisos que otorgó para divulgar esta información, puede llamarnos al 800-300-8181 (TTY 711).

38. Sus derechos y responsabilidades

Como miembro, tiene derechos y responsabilidades cuando recibe cuidado médico. Como su socio de cuidado médico, deseamos asegurarnos de que se respeten sus derechos cuando se le proporcionan beneficios de salud. Usted tiene derecho a recibir información completa y actualizada respecto de un diagnóstico, tratamiento y pronóstico de un médico u otro proveedor en términos que usted pueda entender con facilidad.

Cuando no sea recomendable proporcionarle esa información, esta estará disponible para que una persona adecuada actúe en su nombre.

Usted tiene derecho a recibir la información que necesite de su médico u otro proveedor para poder dar su consentimiento informado antes de iniciar cualquier tipo de procedimiento o tratamiento.

Tiene derecho a rechazar el tratamiento, en la medida en que lo permita la ley, y a que se le informen las consecuencias médicas de esa acción.

Tiene derecho a redactar directivas anticipadas en relación con su cuidado.

Tiene derecho a acceder a nuestros proveedores participantes.

Usted tiene derecho a:

- Obtener información acerca de Empire BlueCross BlueShield HealthPlus, nuestros servicios, políticas, procedimientos y médicos.
- Tener privacidad y ser tratado con dignidad y respeto.
- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades, y a hacer sugerencias al respecto.
- Conocer todas las opciones de tratamiento disponibles, sin importar lo que cubren sus beneficios o cuál es su costo.
- Trabajar con su médico para mejorar su salud.
- Ser notificado si se produce algún cambio en estos temas.

Como miembro, también debe tener una participación activa en su cuidado. Le recomendamos lo siguiente:

- Entienda sus problemas de salud lo mejor posible y trabaje con sus proveedores para crear un plan de tratamiento con el que usted esté de acuerdo.
- Siga el plan de tratamiento que ha acordado con sus médicos o proveedores.

- Entréguenos o entregue a sus médicos y otros proveedores la información necesaria para ayudarlo a recibir la atención que necesita y todos los beneficios a los que tiene derecho conforme a este contrato. Esto puede incluir la información acerca de otros beneficios de seguro médico que usted tenga además de la cobertura que le proporcionamos.
- Infórmenos si hay cambios en su nombre, dirección o dependientes cubiertos conforme a este contrato.
- Proporcione a su médico información correcta sobre su salud.
- Haga preguntas para que pueda entender sus condiciones médicas y/o sus opciones de tratamiento.
- Hable con su médico sobre el tratamiento y siga las instrucciones para su cuidado.

Para obtener información adicional relacionada con sus derechos y responsabilidades, visite la sección de Preguntas frecuentes de nuestro sitio web, en www.empireblue.com/nyessentialplan. Si no tiene acceso a Internet, llámenos al 800-300-8181 (TTY 711) para solicitar una copia. Si necesita más información o desea contactarse con nosotros, visite nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llámenos al 800-300-8181 (TTY 711).

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

EN ESTE AVISO, SE DETALLA CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON SUS BENEFICIOS DE SALUD. LÉALO DETENIDAMENTE.

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. La fecha de la revisión más reciente se indica al final de este aviso.

Lea este aviso detenidamente. Le indica quién puede ver su información de salud protegida (PHI). También indica cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartirla. Y cuándo podemos compartirla sin su autorización. Le indica, además, los derechos que tiene de ver y modificar su información.

La información sobre su salud y su dinero es privada. La ley dice que debemos mantener este tipo de información, llamada PHI, protegida para nuestros miembros. Eso significa que, si usted es miembro en este momento o si lo fue anteriormente, su información está segura.

Una vez que usted pasa a ser elegible y se inscribe en nuestro plan médico, obtenemos información acerca de usted de agencias estatales para Medicaid, el Essential Plan y el Programa de Seguro de Salud para Niños. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos aprobar y pagar su cuidado médico.

La legislación federal indica que debemos informarle sobre lo que la ley nos obliga a hacer para proteger la PHI que se nos proporciona en forma oral o por escrito, o que se almacena en una computadora. También tenemos que indicarle qué medidas tomamos para mantener segura esta información. Para proteger la PHI, hacemos lo siguiente:

- Si está en papel (formato físico):
 - Guardamos los archivos bajo llave y cerramos nuestras oficinas
 - Destruimos los papeles que contienen información de salud para que no lleguen a manos de otras personas
- Si está guardada en una computadora (formato digital):
 - Usamos contraseñas para que solo las personas correctas tengan acceso
 - Usamos programas especiales que vigilan nuestros sistemas
- Cuando la usa o la comparte el personal que trabaja para nosotros, los médicos o el estado:
 - Establecemos normas para mantener la información segura (políticas y procedimientos)
 - Le enseñamos al personal que trabaja para nosotros a seguir las normas

¿Cuándo es correcto que usemos y compartamos su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija, que le ayude con su cuidado médico o lo pague, si usted nos autoriza. En ocasiones, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su cuidado médico**
 - Para ayudar a que médicos, hospitales y otras personas le proporcionen la atención que usted necesita

- **Para pagos, operaciones médicas y tratamiento**
 - Para compartir información con los médicos, las clínicas y otros proveedores que nos facturarán su cuidado
 - Cuando decimos que pagaremos el cuidado médico o los servicios antes de que los reciba
 - Para encontrar nuevas maneras de mejorar nuestros programas, además de proporcionar su PHI en intercambios de información de salud para pagos, tratamiento y operaciones médicas. Si no desea esto, visite empireblue.com/ny para obtener más información.
- **Por razones comerciales de cuidado de salud**
 - Para colaborar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por motivos de salud pública**
 - Para ayudar a que los funcionarios de salud pública eviten que la gente se enferme o se lesione
- **Cuando la compartimos con otras personas que le ayudan con su cuidado o lo pagan**
 - Con su familia o una persona que usted elija, que le ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted nos autoriza
 - Con una persona que le ayuda con su cuidado médico o lo paga, si usted no puede expresarse por sus propios medios y si es lo mejor para usted

Debemos recibir su consentimiento por escrito antes de usar o compartir su PHI por cualquier motivo que no sea su cuidado médico, pagos, transacciones diarias de administración, investigación u otros aspectos que se indican a continuación. Tenemos que recibir su autorización por escrito antes de compartir informes de psicoterapia de su médico sobre usted.

Usted tiene derecho a revocar, por escrito, la autorización escrita que había proporcionado. No podemos revertir el uso ni la divulgación que hayamos hecho mientras teníamos su autorización. Pero dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos usar su PHI o situaciones en las que la ley nos obliga a hacerlo:

- Para ayudar a que la policía y otras personas garanticen el cumplimiento de la ley
- Para denunciar abusos y negligencia
- Para colaborar con los tribunales cuando así se nos solicite
- Para responder documentos legales
- Para dar información a las agencias de supervisión de la salud por temas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores funerarios a determinar su nombre y la causa de muerte
- Para ayudar cuando usted haya pedido donar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para fines de investigación
- Para impedir que usted u otras personas se enfermen o se lesionen gravemente
- Para ayudar a personas que desempeñan determinadas funciones en el gobierno
- Para entregar información pertinente a la compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

¿Cuáles son sus derechos?

- Usted puede pedir ver y recibir una copia de su PHI. No obstante, no tenemos su historia clínica completa. **Si quiere una copia de su historia clínica completa, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos la historia clínica que tenemos si piensa que algo es incorrecto o que falta información.
- En algunas ocasiones, puede pedirnos que no compartamos su PHI, pero no necesariamente aceptaremos su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente de la que tenemos registrada para usted, o por algún otro medio. Podemos hacerlo si, enviarla a la dirección que tenemos, implicaría un peligro para usted.
- Puede pedirnos que le informemos sobre todas las veces que hemos compartido su PHI con otra persona durante los últimos seis años. No se incluirán en la lista las veces que hayamos compartido la información por motivos de cuidado médico, pagos, transacciones diarias de administración del cuidado médico o algunos otros motivos que no hayamos incluido aquí.
- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si pidió esta copia por correo electrónico.
- Si paga la totalidad de lo facturado por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta con nosotros ninguna información sobre ese servicio.

¿Qué debemos hacer?

- La ley establece que debemos mantener la privacidad de su PHI, excepto en los casos que indicamos en este aviso.
- Debemos comunicarle lo que la ley dice que tenemos que hacer acerca de la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Debemos enviar su PHI a otra dirección o por algún otro medio que no sea el correo normal si lo pide por motivos razonables, por ejemplo, si usted está en peligro.
- Debemos comunicarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes estatales establecen mayores obligaciones para nosotros que las que mencionamos aquí, cumpliremos dichas leyes.
- Tenemos que avisarle si creemos que se ha vulnerado su PHI.

Cómo nos comunicamos con usted

Nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamar o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o un sistema de voz artificial. Lo hacemos únicamente siguiendo los lineamientos de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas pueden tener distintos objetivos, como informarle sobre opciones de tratamiento o sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que se comuniquen con usted por teléfono, dígaselo a la persona que llame y no volveremos a contactarnos más por ese medio. También puede llamar al 844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

¿Qué debe hacer si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere ejercer sus derechos, llame a Servicios para Miembros al 800-300-8181 (TTY 711).

¿Qué debe hacer si tiene una queja?

Estamos aquí para ayudarle. Si considera que no se ha protegido su PHI, llame a Servicios para Miembros o comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No le pasará nada malo por quejarse.

Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza, Ste. 3312
New York, NY 10278
Teléfono: 800-368-1019
TDD: 800-537-7697
Fax: 212-264-3039

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la manera en que mantenemos segura su PHI. Si eso ocurre, le comunicaremos los cambios en un boletín informativo. También los publicaremos en el sitio web en empireblue.com/ny.

Raza, origen étnico e idioma

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de la agencia estatal de Medicaid, el Essential Plan y el Programa de Seguro de Salud para Niños. Protegemos esta información como se explica en este aviso.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita
- Crear programas que mejoren los resultados en materia de salud
- Desarrollar y enviar información de educación sobre salud
- Informar a los médicos acerca de sus necesidades relacionadas con el idioma
- Prestar servicios de traducción

No usamos esta información para:

- Emitir seguros médicos
- Decidir cuánto cobrar por los servicios
- Determinar los beneficios
- Divulgarla a usuarios no aprobados

Su información personal

Podemos pedir, usar y compartir información personal (PI) como indicamos en este aviso. Su PI no es pública y nos indica quién es usted. Con frecuencia se pide por razones relacionadas con el seguro.

- Podemos utilizar su PI para tomar decisiones sobre:
 - Su salud
 - Sus hábitos
 - Sus pasatiempos

- Podemos recibir PI sobre usted de otras personas o grupos como:
 - Médicos
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos compartir la PI con personas o grupos ajenos a nuestra compañía sin su consentimiento.
- Le informaremos antes de hacer algo si tenemos que darle la oportunidad de decir que no.
- Le diremos cómo avisarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene el derecho de ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de proteger su PI.

empireblue.com/ny

Servicios prestados por HealthPlus HP, LLC, un licenciario de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Modificado el 20 de noviembre de 2017

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus cumple con las leyes federales de derechos civiles. **Empire** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Empire proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos de ayuda con el idioma a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **Empire** al 800-300-8181.

Para servicios TTY/TDD, llame al 711.

Si considera que **Empire** no le prestó estos servicios o lo trató de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante **Empire** por los siguientes medios:

Correo postal: <9 Pine St., 14th Floor, New York, NY 10005
Teléfono: 800-300-8181 (TTY 711)
Fax: 866-495-8716
En persona: 9 Pine St., 14th Floor, New York, NY 10005>

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por los siguientes medios:

Sitio web: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Los formularios de queja están disponibles en
<http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono: 800-368-1019 (TTY/TDD: 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-300-8181 (TTY 711).	Inglés
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-300-8181 (TTY 711).	Español
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-300-8181 (TTY 711)。	Chino
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل 800-300-8181 (رقم هاتف الصم والبكم (TTY 711) برقم	Árabe
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 800-300-8181 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.	Coreano
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-300-8181 (телетайп: ТТТ 711).	Ruso
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-300-8181 (TTY 711).	Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-300-8181 (TTY 711).	Francés
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-300-8181 (TTY 711).	Criollo francés
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון 800-300-8181 (TTY 711) אפצאל. רופט	Yidis
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-300-8181 (TTY 711).	Polaco
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-300-8181 (TTY 711).	Tagalo
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১- 800-300-8181 (TTY 711)।	Bengalí
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 800-300-8181 (TTY 711).	Albanés
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 800-300-8181 (TTY 711).	Griego
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 800-300-8181 (TTY 711)۔	Urdu

SECCIÓN XXV – TABLA DE BENEFICIOS DE EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS

*Para obtener más detalles, consulte la **Descripción de beneficios** del contrato.

Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos, salvo por los servicios relacionados con atención de emergencia, y usted paga el costo total de los servicios suministrados por un proveedor no participante, excepto en casos relacionados con atención de emergencia.

Costos compartidos	Essential Plan 4
Deducible <ul style="list-style-type: none"> Individual 	\$0
Límite de gastos de bolsillo <ul style="list-style-type: none"> Individual <p>Los deducibles, copagos y coseguros que conforman su límite de gastos de bolsillo se acumulan por cada año del plan.</p>	\$0
Visitas al consultorio	
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (o visitas a domicilio)	\$0
Visitas al consultorio del especialista (o visitas a domicilio)	\$0
Cuidado preventivo	
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes físicos anuales para adultos* Vacunas para adultos* Servicios ginecológicos de rutina/control médico ginecológico* Mamografías, pruebas de detección y diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama* Procedimientos de esterilización para mujeres* Vasectomía 	<p>Cobertura total</p> <p>Cobertura total</p> <p>Cobertura total</p> <p>Cobertura total</p> <p>Cobertura total</p> <p>Consulte la sección Servicios de cirugía</p> <p>Utilice los costos compartidos para el servicio correspondiente (servicios de cirugía, servicios de anestesia, tarifa del centro)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Densitometría ósea* • Prueba de detección del cáncer de próstata • Cualquier otro servicio preventivo requerido por el USPSTF y la HRSA <p>*Cuando los servicios preventivos no se prestan de conformidad con las guías integrales respaldadas por el USPSTF y la HRSA</p>	<p>quirúrgico ambulatorio, cargo del centro quirúrgico del hospital para pacientes ambulatorios)</p> <p>Consulte la sección Servicios de cirugía</p> <p>Cobertura total</p> <p>Cobertura total</p> <p>Utilice los costos compartidos para los servicios correspondientes (visita al consultorio del médico de atención primaria, visita al consultorio del especialista, servicios de radiología de diagnóstico, procedimientos de laboratorio y pruebas de diagnóstico)</p>
Atención de emergencia	
Servicios médicos de emergencia prehospitalarios (servicios de ambulancia)	\$0
Servicios de ambulancia que no sean de emergencia	\$0 Consulte el contrato para saber cómo usar este servicio
Departamento de emergencias	\$0
El copago se elimina si lo admiten en el hospital	
Centro de atención de urgencia	\$0 Se requiere preautorización para la atención de urgencia fuera de la red
Servicios profesionales y cuidado ambulatorio	
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes	
<ul style="list-style-type: none"> • En un centro de radiología independiente o un consultorio 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio de un especialista 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 	\$0

	Se requiere preautorización
Pruebas y tratamientos para la alergia	
<ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio de un PCP 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio de un especialista 	\$0
Centro quirúrgico ambulatorio	\$0
Servicios de anestesia (en todos los entornos)	Cobertura total
Banco de sangre autóloga	Cobertura total
Rehabilitación cardíaca y pulmonar	
<ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio de un especialista 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Como servicios hospitalarios para pacientes internados 	Se incluye como parte de los costos compartidos del servicio hospitalario para pacientes internados
Quimioterapia e inmunoterapia	
Administración	
<ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio de un PCP 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio de un especialista 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • En el hogar 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para quimioterapia e inmunoterapia 	\$0
Servicios de quiropráctica	\$0
	Se requiere preautorización luego de las primeras cinco visitas
Ensayos clínicos	Utilice los costos compartidos para los servicios correspondientes
	Se requiere preautorización

Pruebas de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio de un PCP • En el consultorio de un especialista • Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 	\$0 \$0 \$0
Diálisis <ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio de un PCP • En un centro independiente o en el consultorio del especialista • Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • En el hogar 	\$0 \$0 \$0 \$0
Servicios de habilitación (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla) 60 visitas por condición, para terapias combinadas por año del plan	\$0 Se requiere preautorización
Cuidado médico en el hogar 40 visitas por año del plan	\$0 Se requiere preautorización
Servicios para la infertilidad	Utilice los costos compartidos para el servicio correspondiente (visita al consultorio, servicios de radiología de diagnóstico, cirugía, laboratorio y procedimientos de diagnóstico)
Terapia de infusión Administración <ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio de un PCP • En el consultorio del especialista • Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Terapia de infusión en el hogar 	\$0 \$0 \$0 \$0

<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para terapia de infusión <p>(La terapia de infusión en el hogar se considera para el límite de visitas de cuidado médico en el hogar)</p>	\$0
Visitas médicas para pacientes hospitalizados	\$0 por admisión Se requiere preautorización de la admisión
Interrupción del embarazo	
<ul style="list-style-type: none"> • Abortos médicamente necesarios (ilimitado) 	Cobertura total
<ul style="list-style-type: none"> • Abortos optativos (un procedimiento por año del plan) 	\$0
Procedimientos de laboratorio	
<ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio de un PCP 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio de un especialista 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • En un laboratorio independiente o en el consultorio del especialista 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 	\$0 Se requiere preautorización
Atención de maternidad y recién nacidos	
<ul style="list-style-type: none"> • Atención prenatal 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes internados y centro de maternidad (se cubre una visita de cuidado médico en el hogar sin costos compartidos si se da de alta a la madre en el hospital de manera anticipada) 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico y partera para el parto 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo para lactancia, consejería y suministros, incluidos sacaleches (se cubre durante el periodo de lactancia) 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado posnatal 	<u>Se incluye en los costos compartidos de los servicios del médico y la partera para el parto</u> Se requiere preautorización para el sacaleches en los servicios para pacientes hospitalizados

Cargo del centro quirúrgico del hospital para pacientes ambulatorios	\$0
Pruebas previas a la admisión	\$0
Medicamentos recetados administrados en el consultorio	
Administración	
• En el consultorio de un PCP	\$0
• En el consultorio de un especialista	\$0
• Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$0
• Costos compartidos de medicamentos recetados	\$0
Servicios de radiología de diagnóstico	
• En el consultorio de un PCP	\$0
• En el consultorio de un especialista	\$0
• En un centro de radiología independiente	\$0
• Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$0
	Se requiere preautorización
Servicios de radiología terapéutica	
• En el consultorio de un especialista	\$0
• En un centro de radiología independiente	\$0
• Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$0
	Se requiere preautorización
Servicios de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)	
60 visitas por condición, para terapias combinadas por año del plan	
Los servicios de fisioterapia y terapia del habla se cubren únicamente después de una hospitalización o cirugía	
• En el consultorio de un PCP	\$0

<ul style="list-style-type: none"> • En el consultorio de un especialista 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • En un centro para pacientes ambulatorios 	\$0
	Se requiere preautorización
Atención de clínica en locales comerciales	\$0
Segundas opiniones para el diagnóstico de cáncer, cirugía y otros	\$0
	Se requiere preautorización
<p>Servicios de cirugía (incluida cirugía oral, cirugía mamaria reconstructiva, otras cirugías reconstructivas y correctivas, trasplantes e interrupción del embarazo)</p> <p>Todos los trasplantes deben realizarse en Centros de Excelencia designados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía en el hospital para pacientes internados • Cirugía en el hospital para pacientes ambulatorios • Cirugía realizada en un centro quirúrgico ambulatorio • Cirugía en consultorio 	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
	Se requiere preautorización
Programa de telemedicina	\$0
Servicios, equipos y dispositivos adicionales	
Tratamiento de trastornos del espectro autista con ABA	\$0
	Se requiere preautorización
Dispositivos de comunicación asistida para trastornos del espectro autista	\$0
	Se requiere preautorización
Equipos, educación sobre autoadministración y suministros para la diabetes	
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo, suministros e insulina para diabéticos (suministro para 30 días, hasta 90 días) 	\$0 (por suministro para 30 días)
<ul style="list-style-type: none"> • Educación para diabéticos 	\$0
Equipo médico duradero y férulas	\$0
	Se requiere preautorización

Audífonos externos (Una sola compra, uno cada tres años)	\$0 Se requiere preautorización
Implantes cocleares (Uno por oído, por tiempo cubierto)	\$0 Se requiere preautorización
Cuidado para enfermos terminales <ul style="list-style-type: none"> • Paciente hospitalizado • Paciente ambulatorio 210 días por año del plan Cinco visitas para consejería familiar por duelo	\$0 \$0 Se requiere preautorización
Suministros médicos	\$0
Dispositivos prostéticos <ul style="list-style-type: none"> • Externos Un dispositivo prostético, por extremidad, de por vida, con cobertura para reparaciones y reemplazos <ul style="list-style-type: none"> • Internos 	\$0 Se incluye como parte de los costos compartidos del servicio de hospital para pacientes internados Se requiere preautorización
Centros y servicios para pacientes hospitalizados	
Servicios de hospital para pacientes internados para una internación continua (que incluye hospitalización para atención por una mastectomía, rehabilitación cardíaca y pulmonar, y atención al final de la vida)	\$0 Se requiere preautorización. Sin embargo, no se requiere preautorización para admisiones de emergencia.
Estadía para observación No se aplica el copago en caso de traslado directo desde un centro quirúrgico ambulatorio para su observación	\$0
Centro de enfermería especializada (incluye rehabilitación cardíaca y pulmonar) 200 días por año del plan	\$0

No se aplica el copago por cada admisión en caso de ser transferido directamente desde un entorno hospitalario para pacientes internados a un centro de enfermería especializada	Se requiere preautorización
Servicios de habilitación para pacientes hospitalizados (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	\$0 Se requiere preautorización
Servicios de rehabilitación con hospitalización (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)	\$0 Se requiere preautorización
Servicios para trastornos de salud mental y de abuso de sustancias	
Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados incluido el tratamiento residencial (durante una internación continua en un hospital)	\$0 Se requiere preautorización. Sin embargo, no se requiere preautorización para admisiones de emergencia.
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios (incluida hospitalización parcial y servicios de programa ambulatorio intensivo)	
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio • Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios 	\$0 \$0 Se requiere preautorización
Tratamiento de trastornos del espectro autista con ABA	
[Se requiere [preautorización; referencia]] Dispositivos de comunicación asistida para trastornos del espectro autista	
[Se requiere [preautorización; referencia]]	
Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados durante una internación continua en un hospital (incluido el tratamiento residencial)	\$0 Se requiere preautorización. Sin embargo, no se requiere preautorización para admisiones de emergencia o para centros participantes certificados por la OASAS.

Servicios para tratar el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (incluidos hospitalización parcial, servicios del programa ambulatorio intensivo y tratamiento asistido por medicamentos)	\$0
	Se requiere preautorización
Medicamentos recetados	
*Ciertos medicamentos recetados no están sujetos a costos compartidos cuando se suministran de conformidad con las guías integrales respaldadas por la HRSA o si los artículos o servicios tienen una clasificación de “A” o “B” del USPSTF y se obtienen en una farmacia participante.	
Farmacia minorista	
Suministro para 30 días	
Nivel 1	\$0
Nivel 2	\$0
Nivel 3	\$0
No se requiere preautorización para un medicamento recetado cubierto utilizado para tratar un trastorno de abuso de sustancias, incluido un medicamento recetado para tratar la abstinencia y/o la estabilización por consumo de opioides o para revertir una sobredosis de opioides.	
Farmacia de pedido por correo	
Suministro para un máximo de 30 días	
Nivel 1	\$0
Nivel 2	\$0
Nivel 3	\$0
Suministro para un máximo de 90 días	
Nivel 1	\$0
Nivel 2	\$0
Nivel 3	\$0
Fórmulas enterales	Consulte Beneficios para obtener una descripción
Nivel 1	
Nivel 2	
Nivel 3	

Medicamentos sin receta	\$0
Beneficios de bienestar	
Reembolso de gimnasio	Hasta \$200 por periodo de seis meses
Cuidado dental y de visión	
Cuidado dental	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental preventivo 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental de rutina 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos dentales importantes (cirugía oral, endodoncia, periodoncia y prostodoncia) 	\$0
Un examen y una limpieza dental por periodo de seis meses.	La ortodoncia y los procedimientos dentales importantes requieren preautorización
Radiografías de toda la boca o radiografías panorámicas en intervalos de 36 meses, y radiografías de aleta de mordida en intervalos de seis a 12 meses	
Cuidado de visión	
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Lentes y marcos 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto 	\$0
	Un examen por periodo de 24 meses, salvo que de otro modo sea médicamente necesario
	Un marco y un par de lentes recetados por periodo de 24 meses, salvo que de otro modo sea médicamente necesario
	Los lentes de contacto requieren preautorización

Su proveedor participante es responsable de todas las solicitudes de preautorización dentro de la red. Usted no será penalizado si el proveedor participante no obtiene la preautorización requerida. Sin embargo, si los servicios no están cubiertos conforme al contrato, usted será responsable por el costo total de los servicios.

800-300-8181 (TTY 711)
empireblue.com/nyessentialplan



An Anthem Company

Servicios prestados por HealthPlus HP, LLC, un licenciatario de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.