



An Anthem Company

Contrato Del Subscriber

New York



1-800-300-8181 (TTY 711)

www.empireblue.com/ny

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus es el nombre comercial de HealthPlus HP, LLC, licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.



An Anthem Company

Contrato Del Subscriptor

New York

1-800-300-8181 (TTY 711)

www.empireblue.com/ny

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus es el nombre comercial de HealthPlus HP, LLC, licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

**Child Health Plus
Contrato del suscriptor**

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)



An Anthem Company

Cláusula del contrato del suscriptor de Child Health Plus

Suministros para ostomía

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus pagará por equipos y suministros para ostomía recetados por un proveedor certificado de cuidado de la salud legalmente autorizado para recetar bajo el título ocho de la Ley de educación.

Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, llame a nuestro departamento de Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711).

Conserve esta actualización junto con su contrato de suscriptor.



An Anthem Company

NOTICIAS IMPORTANTES

Con respecto a la disponibilidad de cobertura de factor de coagulación de sangre ambulatorio

SECCIÓN CUATRO - SERVICIOS MÉDICOS

2. Servicios médicos cubiertos: Pagaremos por los siguientes servicios médicos:
 - (H) Factor de coagulación de sangre: Pagaremos por productos de factor de coagulación de sangre y otros tratamientos y servicios suministrados en relación con el cuidado de hemofilia y otras deficiencias de la proteína de coagulación de sangre de forma ambulatoria. Pagaremos por productos y servicios de coagulación de sangre cuando la infusión ocurra en un entorno ambulatorio o en el hogar por parte de una agencia de cuidado de la salud en el hogar, por un padre o tutor legal de un niño que tenga un entrenamiento apropiado, o por un niño que sea capaz física y evolutivamente de autoadministrarse dichos productos.

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
Contrato del suscriptor de Child Health Plus
9 Pine Street, 14th Floor
New York, NY 10005
Servicios al Miembro 1-800-300-8181
TTY 711

www.empireblue.com/ny

CONTRATO DEL SUSCRIPTOR

Este es su contrato de Child Health Plus con Empire BlueCross BlueShield HealthPlus. El mismo le concede derecho a los beneficios definidos en el contrato. La cobertura comienza en la fecha efectiva establecida en su tarjeta de identificación. Este contrato continuará en efecto a menos que sea terminado por cualquiera de los motivos descritos en él.

NOTIFICACIÓN DEL DERECHO DE 10 DÍAS PARA EXAMINAR EL CONTRATO

Tiene derecho a devolver este contrato. Examínelo detenidamente. Puede devolverlo y pedimos que lo cancelemos. Su solicitud debe ser hecha por escrito en un plazo de 10 días desde la fecha en que recibió este contrato. Le reembolsaremos cualquier prima que haya pagado. Si devuelve este contrato, no le proveeremos ningún beneficio.

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE

Excepto según lo establecido en este contrato, todos los servicios deben ser suministrados, organizados o autorizados por su médico de cuidado primario (PCP). Debe ponerse en contacto con su PCP por anticipado con el fin de recibir beneficios, excepto por el cuidado de emergencia descrito en la Sección Cinco, cierto cuidado obstétrico y ginecológico descrito en la Sección Cuatro, cuidado de la vista descrito en la Sección Ocho y cuidado dental descrito en la Sección Nueve de este contrato.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

ÍNDICE

Sección	Título	Página
SECCIÓN UNO	INTRODUCCIÓN	1
SECCIÓN DOS	QUIÉN ESTÁ CUBIERTO	3
SECCIÓN TRES	BENEFICIOS HOSPITALARIOS	3
SECCIÓN CUATRO	SERVICIOS MÉDICOS	5
SECCIÓN CINCO	CUIDADO DE EMERGENCIA	8
SECCIÓN SEIS	SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNO POR EL USO DE SUSTANCIAS	9
SECCIÓN SIETE	OTROS SERVICIOS CUBIERTOS	9
SECCIÓN OCHO	CUIDADO DE LA VISTA	13
SECCIÓN NUEVE	CUIDADO DENTAL	13
SECCIÓN DIEZ	INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE CÓMO FUNCIONA ESTE PLAN	15
SECCIÓN ONCE	LIMITACIONES Y EXCLUSIONES	16
SECCIÓN DOCE	PRIMAS PARA ESTE CONTRATO	17
SECCIÓN TRECE	TERMINACIÓN DE COBERTURA	18
SECCIÓN CATORCE	DERECHO A UN NUEVO CONTRATO DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN	19
SECCIÓN QUINCE	PROCEDIMIENTO DE QUEJA (RECLAMO)	19
SECCIÓN DIECISÉIS	APELACIÓN EXTERNA	21
SECCIÓN DIECISIETE	REVISIÓN DE UTILIZACIÓN	24
SECCIÓN DIECIOCHO	DISPOSICIONES GENERALES	29

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

SECCIÓN UNO – INTRODUCCIÓN

1. **Programa Child Health Plus.** Este contrato está siendo emitido de conformidad con un programa especial del Departamento de Salud (Department of Health (DOH)) del Estado de New York diseñado para proveer cobertura subsidiada de seguro de salud para niños no asegurados del Estado de New York. Lo inscribiremos en el programa Child Health Plus si cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por el Estado de New York y tendrá derecho a los servicios de cuidado de la salud descritos en este contrato. Usted y/o el adulto responsable, según lo listado en la solicitud, debe informarnos de cualquier cambio de estado, tal como residencia, ingresos u otro seguro, que pueda hacerlo inelegible para participar en Child Health Plus, en un plazo de 60 días después del cambio.
2. **Cuidado de la salud a través de una HMO.** Este contrato ofrece cobertura a través de una HMO. En una HMO, todo el cuidado debe ser necesario por motivos médicos y suministrado, organizado o autorizado por anticipado por su médico de cuidado primario (PCP). Excepto por el cuidado de emergencia, para ciertos servicios obstétricos y ginecológicos y para servicios de la vista y dentales, no hay cobertura para cuidado que reciba sin la aprobación de su PCP. Además, la cobertura solo es proporcionada para cuidado brindado por un proveedor participante, excepto en una emergencia o cuando su PCP lo refiere a un proveedor no participante.

Es su responsabilidad seleccionar un PCP de la lista de PCPs al inscribirse para esta cobertura. Puede cambiar su PCP llamando a nuestro departamento de Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711). A lo largo de este contrato, el PCP que usted haya elegido se denomina como su PCP.

3. **Palabras que usamos.** A lo largo de este contrato, Empire BlueCross BlueShield HealthPlus será denominada como nosotros, nos o nuestro. Las palabras usted, suyo o suyos se refieren a usted, el niño para el cual es emitido este contrato y quien es nombrado en la tarjeta de identificación.
4. **Definiciones.** Las siguientes definiciones aplican a este contrato:
 - A. **Contrato** significa este documento. Conformar el acuerdo legal entre usted y nosotros. Conserve este contrato con sus documentos importantes, de modo que esté disponible para su referencia.
 - B. **Condición de emergencia** significa una condición médica o del comportamiento que se manifiesta con síntomas de gravedad suficiente, incluyendo un dolor severo, por lo cual una persona común prudente, que posea un conocimiento promedio de salud y medicina, podría razonablemente esperar que la ausencia de cuidado de la salud inmediato podría producir cualquiera de lo siguiente:
 - Poner la salud de la persona afligida con dicha condición en riesgo grave, o, en el caso de una condición del comportamiento, poner la salud de dicha persona o de otras personas en riesgo grave
 - Deficiencia grave de las funciones corporales de dicha persona
 - Disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal de dicha persona
 - Desfiguración grave de dicha persona
 - C. **Servicios de Emergencia** significa aquellos servicios hospitalarios médicos y ambulatorios necesarios para el tratamiento de una condición de emergencia.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

- D. **Hospital** significa un centro definido en el Artículo 28 de la ley de Salud Pública que:
- Esté involucrado primariamente en el suministro, por o bajo la supervisión continua de médicos, a pacientes hospitalizados, servicios diagnósticos y terapéuticos para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas
 - Tenga departamentos organizados de medicina y cirugía mayor
 - Tenga el requisito de que cada paciente debe estar bajo el cuidado de un médico o dentista
 - Provea un servicio de enfermería las 24 horas por o bajo la supervisión de una enfermera profesional certificada (R.N.)
 - Si está ubicado en el Estado de New York, tenga en vigencia un plan de revisión de hospitalización aplicable para todos los pacientes que cumplan al menos los estándares establecidos en la Sección 1861 (k) de la Ley Pública de Estados Unidos 89-97 (42 USCA 1395xk)
 - Esté debidamente autorizado por la agencia responsable por la autorización de dichos hospitales
 - No sea, aparte de incidentalmente, un lugar de descanso, un lugar principalmente para el tratamiento de la tuberculosis, un lugar para los ancianos, un lugar para los adictos a las drogas o los alcohólicos o un lugar para cuidado de convalecencia, de custodia, educativo o de rehabilitación
- E. **Necesario por motivos médicos** significa aquellos servicios de salud que el PCP o su designado determinen que son esenciales para la salud del miembro de acuerdo con los estándares profesionales aceptados en la comunidad médica de dicho médico. En caso de un desacuerdo en cuanto a la necesidad médica de un servicio particular del cuidado de la salud, el Director Médico hará la determinación final de si es necesaria por motivos médicos, sujeto a los procedimientos de cumplimiento de Empire y a la conformidad con el contrato de Child Health Plus.
- F. **Hospital participante** significa un hospital que tenga un acuerdo con nosotros para proveer servicios cubiertos a nuestros miembros.
- G. **Farmacia participante** significa una farmacia que tenga un acuerdo con nosotros para proveer servicios cubiertos a nuestros miembros.
- H. **Médico participante** significa un médico que tenga un acuerdo con nosotros para proveer servicios cubiertos a nuestros miembros.
- I. **Proveedor participante** significa cualquier médico, hospital, agencia del cuidado de la salud en el hogar, laboratorio, farmacia u otra entidad participante que tenga un acuerdo con nosotros para proveer servicios cubiertos a nuestros miembros. No pagaremos por servicios médicos de un proveedor no participante excepto en una emergencia o cuando su PCP lo envíe a ese proveedor no participante (con nuestra aprobación).
- J. **Médico de cuidado primario (PCP)** significa el médico participante que usted seleccione al afiliarse, o al que se cambie después de acuerdo con nuestras reglas y que provea u organice todos sus servicios cubiertos del cuidado de la salud.
- K. **Área de servicio** significa los siguientes condados: Condado Kings (Brooklyn), New York (Manhattan), Queens, Bronx, Condado Richmond (Staten Island), Nassau y Condado Putnam. Debe residir en el área de servicio para estar cubierto bajo este contrato.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

SECCIÓN DOS – QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

1. **Quién está cubierto bajo este contrato.** Usted está cubierto bajo este contrato si cumple con todos los requisitos siguientes:
 - Es menor de 19 años de edad
 - No tiene otra cobertura de cuidado de la salud
 - No es elegible para Medicaid
 - Es residente permanente del Estado de New York y residente de nuestra área de servicio
 - Su padre o tutor no es un empleado público con acceso a cobertura familiar de seguro de salud por parte de un plan estatal de beneficios de salud y el estado o agencia pública paga todo o parte del costo de la cobertura familiar
 - Usted no es un interno de una institución pública o un paciente de una institución para enfermedades mentales

2. **Recertificación.** Revisaremos su solicitud para cobertura con el fin de determinar si cumple los requisitos de elegibilidad de Child Health Plus. Usted nos debe volver a presentar periódicamente una solicitud, de modo que podamos determinar si todavía cumple con los requisitos de elegibilidad. Este proceso se llama recertificación. Si más de un niño de su familia está cubierto actualmente por nosotros, la fecha de recertificación para todos los niños de su familia cubiertos por nosotros es el mes asignado al niño que tenga la fecha de recertificación más cercana a o después del 1 de octubre de 2000. Usted debe recertificar una vez cada año a menos que otro niño de su familia solicite cobertura con nosotros después de que usted esté cubierto. En caso de que otro niño de su familia solicite cobertura con nosotros, entonces usted debe recertificar a todos los niños cuando ese niño solicite cobertura. En lo sucesivo, todos los niños de su familia cubiertos por nosotros se recertificarán una vez al año en la misma fecha.

3. **Cambio en circunstancias.** Debe notificarnos sobre cualquier cambio a sus ingresos, residencia o cobertura del cuidado de la salud que podrían hacerlo inelegible para este contrato. Debe darnos esta notificación en un plazo de 60 días después del cambio. En caso de no notificarnos sobre un cambio de circunstancias, se le podría pedir que nos devuelva cualquier prima que haya sido pagada para usted.

Llame a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquiera de sus beneficios, cuidado o servicios.

SECCIÓN TRES – BENEFICIOS DE HOSPITAL

1. **Cuidado en un hospital.** Usted está cubierto por cuidado necesario por motivos médicos como paciente hospitalizado si se cumplen todas las condiciones siguientes:
 - A. Excepto si es admitido al hospital en una emergencia o su PCP ha hecho arreglos para su admisión a un hospital no participante, el hospital debe ser un hospital participante
 - B. Excepto en una emergencia, su admisión es autorizada por anticipado por su PCP
 - C. Usted debe ser un paciente de cama registrado para el tratamiento adecuado de una enfermedad, lesión o condición que no pueda ser tratada de forma ambulatoria

2. **Servicios de hospitalización cubiertos:** Los servicios de hospitalización cubiertos bajo este contrato incluyen los siguientes:
 - A. Cama y comida diaria, incluyendo dieta especial y terapia nutricional

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

- B. Servicios de enfermería para cuidado general, especial y crítico, pero no servicios de enfermera privada
- C. Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con operaciones quirúrgicas, centros de recuperación, anestesia y centros para cuidado intensivo o especial
- D. Oxígeno y otros servicios y suministros terapéuticos de inhalación
- E. Drogas y medicamentos que no sean experimentales
- F. Sueros, productos biológicos, vacunas, preparaciones intravenosas, apósitos, moldes y materiales para estudios diagnósticos
- G. Productos sanguíneos, excepto cuando esté disponible la participación en un programa voluntario de reemplazo de sangre
- H. Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con estudios diagnósticos y el monitoreo de funciones fisiológicas, incluyendo estudios y exámenes de laboratorio, patológicos, cardiográficos, endoscópicos, radiológicos y electroencefalográficos
- I. Centros, servicios y suministros relacionados con medicina física y terapia y rehabilitación ocupacional
- J. Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con terapia de radiación y nuclear
- K. Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con cuidado de la salud de emergencia
- L. Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con salud mental y servicios para abuso de sustancias y abuso del alcohol
- M. Quimioterapia
- N. Terapia de radiación
- O. Cualquier servicio, suministro y equipo médico, quirúrgico o relacionado que sea suministrado habitualmente por el hospital, excepto hasta el grado en que estén excluidos por este contrato

3. **Cuidado de maternidad.** Aparte de las complicaciones prenatales, pagaremos por cuidado en hospitalización por al menos 48 horas después del nacimiento por cualquier parto distinto a una cesárea. Pagaremos por cuidado en hospitalización por al menos 96 horas después de una cesárea. La cobertura de cuidado de maternidad incluye educación para padres, asistencia y capacitación en alimentación con el pecho o biberón y realización de evaluaciones clínicas necesarias a la madre y al recién nacido.

Tiene la opción de ser dado de baja antes de las 48 horas (96 horas para cesárea). Si elige ser dada de alta antes, pagaremos por una visita de cuidado en el hogar si nos lo pide en un plazo de 48 horas después del parto (96 horas para un parto por cesárea). La visita de cuidado en el hogar será brindada en un plazo de 24 horas después de ser dada de alta del hospital o su solicitud de cuidado en el hogar, lo que suceda más tarde. La visita de cuidado en el hogar será en adición a las visitas de cuidado en el hogar cubiertas bajo la Sección Siete de este contrato.

4. Limitaciones y exclusiones

- A. No proveeremos ningún beneficio por ningún día que esté fuera del hospital, aún por una parte del día. No proveeremos beneficios por ningún día cuando el cuidado en hospitalización no era necesaria por motivos médicos.
- B. Los beneficios son pagados totalmente para una habitación semiprivada. Si usted está en una habitación privada de un hospital, la diferencia entre el costo de una habitación privada y una semiprivada deberá ser pagada por usted, a menos que la habitación privada sea necesaria por motivos médicos y ordenada por su médico.
- C. No pagaremos por artículos no médicos tales como alquiler de televisión o cargos telefónicos.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

SECCIÓN CUATRO – SERVICIOS MÉDICOS

1. **Su PCP debe suministrar, organizar o autorizar todos los servicios médicos**

Excepto en una emergencia o para ciertos servicios obstétricos y ginecológicos, usted está cubierto por los servicios médicos listados a continuación solo si su PCP suministra, organiza o autoriza los servicios. Tiene derecho a servicios médicos suministrados en uno de los siguientes lugares:

- El consultorio de su PCP
- El consultorio de otro PCP o un centro si su PCP determina que el cuidado de ese proveedor o centro es apropiado para el tratamiento de su condición
- El departamento de servicios ambulatorios de un hospital
- Como paciente hospitalizado, tiene derecho a servicios médicos, quirúrgicos o de anestesia

2. **Servicios médicos cubiertos.** Pagaremos por los siguientes servicios médicos:

A. **Cuidado general médico y de especialistas, incluyendo consultas.**

B. **Servicios de salud preventiva y exámenes físicos.** Pagaremos por servicios de salud preventiva incluyendo:

- Visitas de niño sano de conformidad con el programa de visitas establecido por la Academia Americana de Pediatría
- Educación y consejería nutricional
- Análisis auditivos
- Servicios sociales médicos
- Exámenes de la vista
- Inmunizaciones de rutina de conformidad con el programa recomendado de inmunizaciones del Comité Consultivo sobre Prácticas de Inmunización
- Análisis de tuberculina
- Exámenes dentales y del desarrollo
- Análisis radiológicos y de laboratorio clínico
- Examen de detección de plomo

C. **Diagnóstico y tratamiento de enfermedades, lesiones u otras condiciones.** Pagaremos por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones, incluyendo:

- Cirugía ambulatoria realizada en el consultorio de un proveedor o en un centro de cirugía ambulatoria, incluyendo servicios de anestesia
- Análisis de laboratorio, radiografías y otros procedimientos diagnósticos
- Diálisis renal
- Terapia de radiación
- Quimioterapia
- Inyecciones y medicamentos administrados en el consultorio de un médico
- Segunda opinión quirúrgica de un especialista certificado por la junta médica
- Segunda opinión médica proporcionada por un especialista apropiado, incluyendo uno afiliado con un centro de especialidades, cuando se haya dado un diagnóstico positivo o negativo de cáncer, o una recomendación de un curso de tratamiento de cáncer
- Pruebas audiométricas necesarias por motivos médicos

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

- D. **Terapia física y ocupacional.** Pagaremos por servicios de terapia física y ocupacional de corto plazo. La terapia debe ser terapia especializada y ser parte del plan de tratamiento de un médico. Los servicios deben ser provistos por un terapeuta certificado y ser de naturaleza rehabilitativa. La terapia de corto plazo no deberá exceder las 40 visitas ambulatorias por año calendario.
- E. **Terapia de radiación, quimioterapia y hemodiálisis.** Pagaremos por terapia de radiación y quimioterapia, incluyendo inyecciones y medicamentos suministrados al momento de la terapia. Pagaremos por servicios de hemodiálisis en su domicilio o en un centro, lo que sea que consideremos apropiado.
- F. **Servicios obstétricos y ginecológicos.** Pagaremos por servicios obstétricos y ginecológicos, incluyendo servicios prenatales, durante el parto y post-parto con respecto al embarazo. No necesita la autorización de su PCP para el cuidado relacionado con el embarazo si busca cuidado de un proveedor participante calificado de servicios obstétricos y ginecológicos. También puede recibir los siguientes servicios de un proveedor participante calificado de servicios obstétricos y ginecológicos sin la autorización de su PCP:
- Hasta dos exámenes anuales para cuidado obstétrico y ginecológico primario y preventivo
 - Cuidado requerido como resultado de los exámenes anuales o como resultado de una condición ginecológica aguda
- G. **Examen de detección de cáncer cervical.** Si usted es mujer de 18 años de edad en adelante, pagaremos por un examen de detección de cáncer cervical anual, un examen pélvico anual, prueba de Papanicolau y evaluación del Papanicolau. Si usted es mujer menor de 18 años de edad y es sexualmente activa, pagaremos por un examen pélvico anual, prueba de Papanicolau y evaluación del Papanicolau. También pagaremos por exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual.
- H. **Factor de coagulación de sangre:** Pagaremos por productos de factor de coagulación de sangre y otros tratamientos y servicios suministrados en relación con el cuidado de hemofilia y otras deficiencias de la proteína de coagulación de sangre de forma ambulatoria. Pagaremos por productos y servicios de coagulación de sangre cuando la infusión ocurra en un entorno ambulatorio o en el hogar por parte de una agencia de cuidado de la salud en el hogar, por un padre o tutor legal de un niño que tenga un entrenamiento apropiado, o por un niño que sea capaz física y evolutivamente de autoadministrarse dichos productos.
- I. **Cuidado de hospicio.** Para ser elegible para servicios de hospicio, un niño debe ser certificado por un médico como paciente con una enfermedad terminal la cual se define como una prognosis médica para una expectativa de vida de seis meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Tampoco existen cambios para el alcance del beneficio de hospicio. El hospicio proporciona cuidado paliativo y de apoyo que se enfoca en el manejo del dolor y síntomas relacionados con la enfermedad terminal y condiciones relacionadas. Para los niños que están recibiendo el cuidado de hospicio, cubrimos los servicios curativos necesarios por motivos médicos que están incluidos en el paquete de beneficio.
- J. **Trastorno del espectro autista.** Proporcionaremos cobertura para los siguientes servicios cuando éstos sean recetados u ordenados por un médico certificado de la red de participantes o un psicólogo certificado y que sean determinados por nosotros de ser necesarios por motivos médicos para el examen, diagnóstico, y tratamiento del trastorno del espectro autista. Para propósitos de esta sección, trastorno del espectro autista significa cualquier trastorno generalizado del desarrollo definido en la edición más reciente del manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales que son

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

proporcionados al momento de los servicios, incluyendo el trastorno autista; trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil; y trastorno generalizado del desarrollo que de otra manera no ha sido especificado (PDD-NOS).

1. Examen y diagnóstico. Proporcionaremos cobertura para análisis, evaluaciones, y análisis para determinar si alguien tiene un trastorno del espectro autista.
2. Dispositivos de ayuda para comunicación. Cubriremos una evaluación forma por parte de un patólogo del habla-lenguaje para que determine la necesidad de un dispositivo de ayuda para comunicación. Con base en la evaluación formal, proporcionaremos cobertura para alquilar o comprar dispositivos de ayuda para comunicación cuando sean ordenados o recetados por un médico o psicólogo certificado a miembros que no puedan comunicarse a través de medios normales (esto es, hablado o escrito) cuando la evaluación indique que probablemente un dispositivo de ayuda para comunicación le proporciona al miembro una mejor comunicación. Ejemplos de dispositivos de ayuda para comunicación incluyen tablas de comunicación y dispositivos generadores del habla. Nuestra cobertura se limita a dispositivos dedicados; solamente cubriremos los dispositivos que generalmente no son útiles para una persona en la ausencia de una deficiencia de comunicación. Determinaremos si el dispositivo deberá ser comprado o alquilado. No cubriremos artículos, tales como, pero no limitados a, computadoras portátiles, de escritorio o tabletas. No obstante, cubriremos el software y/o solicitudes que permita a una computadora portátil, de escritorio o tableta para que funcione como un dispositivo generador de habla. La instalación del programa y/o soporte técnico no es reembolsable en forma separada. La reparación y reemplazo de dichos dispositivos están cubiertos cuando se haga necesario debido al desgaste y deterioro normal. No se cubrirán la reparación y reemplazo que se hagan necesarios debido a la pérdida o daño ocasionado por el mal uso, maltrato, o robo; no obstante, cubriremos un reemplazo o reparación por tipo de dispositivo que sea necesario debido a problemas del comportamiento. La cobertura se proporcionará para el dispositivo más adecuado para el nivel funcional actual del miembro. No se proporcionará cobertura para el costo adicional del equipo o accesorios que no sean necesarios por motivos médicos. No proporcionaremos cobertura para los cargos de entrega o servicio o para el mantenimiento de rutina. Los cargos de entrega, programación y/o servicios están incluidos en el pago de honorarios para el equipo duradero pero no son reembolsables en forma separada. El mantenimiento de rutina será reembolsado conforme al diseño del beneficio en conjunto con los lineamientos de New York Medicaid.
3. Se requiere una aprobación previa de los dispositivos de ayuda para comunicación. Consulte los procedimientos de aprobación previa en su contrato.
4. Tratamiento de salud del comportamiento. Proporcionaremos cobertura para programas de consejería y tratamiento que sean necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, hasta el grado máximo practicable, el funcionamiento de una persona. Proporcionaremos dicha cobertura cuando sea provista por un proveedor autorizado. Proporcionaremos cobertura para el análisis del comportamiento aplicado cuando sea provisto por un analista del comportamiento autorizado de conformidad con la Junta de Certificación del Analista del Comportamiento o una persona que esté supervisada por dicho analista y quien esté sujeto a los estándares en las regulaciones promulgadas por del Departamento de Servicios Financieros de New York en consulta con los Departamentos de Salud y Educación de New York. “Análisis del comportamiento aplicado” significa el diseño, implementación, y evaluación de modificaciones ambientales, al usar estímulos y consecuencias conductuales, para crear una mejora significativa socialmente en el comportamiento humano, incluyendo el uso de observación directa, medida, y análisis funcional de la relación entre el ambiente y el comportamiento. El programa de tratamiento debe describir
Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

las metas medibles para considerar la condición y deficiencias funcionales para la cual se aplica la intervención e incluye metas desde una evaluación inicial y las siguientes evaluaciones temporales durante la duración de la intervención en términos objetivos y medibles. Nuestra cobertura de los servicios de análisis del comportamiento aplicado está limitado a 680 horas por año calendario.

5. Cuidado psiquiátrico y psicológico. Proporcionaremos cobertura para servicios directos o consultativos ofrecidos por un psiquiatra, psicólogo, o trabajador social clínico certificado quienes estén autorizados en el estado en el cual estén practicando.
6. Cuidado terapéutico. Proporcionaremos cobertura para los servicios terapéuticos necesarios para desarrollar, mantener, o restaurar, en el mayor grado practicable, el funcionamiento de la persona cuando se proporcionan dichos servicios por parte de terapeutas autorizados o certificados del habla, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos y trabajadores sociales para tratar el trastorno del espectro autista y cuando los servicios provistos por dichos proveedores están, de otra forma, cubierto bajo este contrato. Excepto a que de otra forma esté prohibido por la ley, los servicios provistos según este párrafo estén incluidos en cualesquiera máximos de visitas agregadas aplicables a los servicios de dichos terapeutas o trabajadores sociales bajo este contrato.
7. Atención de farmacia. Proporcionaremos cobertura para medicamentos recetados para tratar el trastorno del espectro autista que son recetados por un proveedor legalmente autorizado para recetar bajo el título ocho de la Ley de Educación. Nuestra cobertura de dichos medicamentos recetados está sujeta a todos los términos, disposiciones, y limitaciones que aplican a los beneficios del medicamento recetado bajo su contrato.

Proporcionaremos cobertura para los servicios o tratamientos establecidos anteriormente cuando dichos servicios o tratamientos sean provistos de conformidad con un plan de educación individualizado bajo la Ley de Educación.

Llame a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquiera de sus beneficios, cuidado o servicios.

SECCIÓN CINCO – CUIDADO DE EMERGENCIA

1. **Visitas a la sala de emergencias de un hospital.** Pagaremos por servicios de emergencia ofrecidos en la sala de emergencias de un hospital. Puede ir directamente a cualquier sala de emergencias para buscar cuidado. No tiene que llamar primero a su PCP. El cuidado de emergencia no está sujeto a nuestra aprobación previa.

Si acude a una sala de emergencias, usted o alguien en su nombre deben notificarnos en un plazo de 24 horas de su visita o lo más razonablemente pronto posible.

Si los servicios prestados en la sala de emergencias no fueron para tratar una condición de emergencia según lo definido en la Sección Uno, la visita a la sala de emergencias no será cubierta.

2. **Admisiones hospitalarias de emergencia.** Si es admitido al hospital, usted o alguien en su nombre deben notificarnos en un plazo de 24 horas de su admisión o lo más razonablemente pronto posible. Si es admitido a un hospital no participante, tal vez pidamos que sea trasladado a un hospital participante tan pronto como lo permita su condición.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

3. **Servicios médicos prehospitalarios de emergencia.** Pagaremos por servicios médicos prehospitalarios de emergencia, incluyendo evaluación y tratamiento rápidos de una condición de emergencia y/o transporte no aéreo suyo a un hospital. La cobertura para dicho transporte está basada en si una persona común y prudente, que posea una conocimiento promedio de medicina y salud, podría esperar razonablemente que la ausencia de dicho transporte resulte en:
 - Poner la salud de la persona afligida con dicha condición en riesgo grave, o en el caso de una condición del comportamiento, poner la salud de dicha persona o de otras personas en riesgo grave
 - Deficiencia grave de las funciones corporales de dicha persona
 - Disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal de dicha persona
 - Desfiguración grave de dicha persona

SECCIÓN SEIS – SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNO POR EL USO DE SUSTANCIAS

1. **Servicios en hospitalización de salud mental y trastornos por el uso de sustancias.** Pagaremos por servicios de salud mental en hospitalización y servicios de trastorno por el uso de sustancias en hospitalización cuando sean brindados en un centro que sea uno de los siguientes:
 - Operado por la Oficina de Salud Mental bajo la Sección 7.17 de la Ley de Higiene Mental
 - Le hayan emitido un certificado de operación de conformidad con el Artículo 23 o el Artículo 31 de la Ley de Higiene Mental
 - Un hospital general según lo definido en el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública
2. **Visitas ambulatorias para tratamiento de condiciones de salud mental y para tratamiento de trastorno por el uso de sustancias.** Pagaremos por visitas ambulatorias para diagnosticar y tratar condiciones de salud mental y trastornos por el uso de sustancias. También pagaremos por visitas ambulatorias para sus familiares, si estas visitas están relacionadas con su salud mental o el tratamiento de trastorno por el uso de sustancias.

SECCIÓN SIETE – OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

1. **Equipos y suministros diabéticos.** Pagaremos por los siguientes equipos y suministros para el tratamiento de la diabetes. Estos deben ser necesarios por motivos médicos y recetados o recomendados por su PCP u otro proveedor participante legalmente autorizado para recetar bajo el Título 8 de la Ley de Educación del Estado de New York:
 - Monitores de glucosa en sangre
 - Monitores de glucosa en sangre para personas con discapacidad visual
 - Sistemas de administración de datos
 - Tiras de prueba para monitores y lectura visual
 - Tiras de prueba de orina
 - Dispositivos para inyecciones
 - Cartuchos para personas con discapacidad visual
 - Insulina
 - Jeringas
 - Bombas de insulina y accesorios para las mismas
 - Dispositivos de infusión de insulina

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

- Agentes orales
- Equipo adicional y suministros designados por el Comisionado de Salud como apropiados para el tratamiento de la diabetes

2. **Educación sobre autocontrol de la diabetes.** Pagaremos por educación sobre autocontrol de la diabetes ofrecida por su PCP u otro proveedor participante.

La educación será provista al tener el diagnóstico de diabetes, un cambio significativo en su condición, el inicio de una condición que haga necesarios cambios en el autocontrol o cuando determinemos que la re-educación es necesaria por motivos médicos. También pagaremos por visitas domiciliarias si son necesarias por motivos médicos.

3. **Equipos médicos duraderos, aparatos protésicos y dispositivos ortóticos.**

A. **Equipos médicos duraderos.** Pagaremos por dispositivos y equipos ordenados por un proveedor participante, incluyendo el servicio a los equipos, para el tratamiento de una condición médica específica. El equipo médico duradero cubierto incluye:

- Bastones
- Muletas
- Camas de hospital y accesorios
- Oxígeno y suministros de oxígeno
- Almohadillas de compresión
- Ventiladores de volumen
- Ventiladores terapéuticos
- Nebulizadores y otros equipos para cuidado respiratorio
- Equipo de tracción
- Caminadores, sillas de ruedas y accesorios
- Sillas para inodoro y barandas para inodoro
- Monitores de apnea
- Elevadores para pacientes
- Bombas de infusión para nutrición
- Bombas de infusión ambulatorias
- Fórmula enteral y suplementos nutricionales son provistos a través de DME como un beneficio médico en lugar de un beneficio farmacéutico y se debe obtener a través del proveedor de DME y se necesitará tener autorización previa. La fórmula enteral y los suplementos nutricionales están cubiertos para:
 - Niños que tienen trastornos metabólicos o de absorción
 - Personas que tienen trastornos metabólicos raros y congénitos
 - Personas alimentadas por medio de un tubo que no pueden masticar o tragar

B. **Aparatos protésicos.** Pagaremos por aparatos y dispositivos ordenados por un profesional calificado que reemplacen cualquier parte faltante del cuerpo, excepto que no hay cobertura para prótesis craneales (ejemplo: pelucas). Además, las prótesis dentales están excluidas de la cobertura bajo esta sección, excepto aquellas que sean necesarias debido a una lesión accidental de dientes naturales sanos y proporcionados en un plazo de 12 meses desde el accidente y/o necesarias en el tratamiento de una anomalía congénita o como parte de cirugía reconstructiva.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

- C. **Dispositivos ortóticos.** Pagaremos por dispositivos usados para soportar un miembro débil o deformado o para restringir o eliminar movimiento en una parte del cuerpo enferma o lesionada. No hay cobertura para dispositivos ortóticos que sean recetados únicamente para uso durante deportes.

4. **Medicamentos recetados y sin recetas.**

A. Alcance de la cobertura. Pagaremos por medicamentos que necesiten receta aprobados por la Administración de alimentos y medicamentos (Food and Drug Administration (FDA)) que sean autorizados por un profesional certificado para recetar y que aparezcan en el formulario de medicamentos de Medicaid. Pagaremos por medicamentos sin receta que sean autorizados por un profesional certificado para recetar y que aparezcan en el formulario de medicamentos de Medicaid.

Los siguientes son ejemplos de artículos cubiertos:

- Medicamentos de leyenda (recetados)
- Insulina
- Aguja/jeringa desechable de insulina
- Agentes desechables para análisis de sangre/orina y glucosa/acetona
- Lancetas y dispositivos de lancetas
- Un medicamento compuesto del cual al menos un ingrediente es un medicamento de leyenda y está listado en la Lista de medicamentos preferidos (PDL) de Empire
- Cualquier otro medicamento el cual bajo la ley estatal aplicable solo se pueda dispensar en el momento de una receta escrita de un médico u otro recetante legal y está listada en la PDL del Empire
- Los anticonceptivos de leyenda listados en la PDL se pueden dispensar por hasta 90 días de suministro
- También pagaremos por fórmulas enterales necesarias por motivos médicos para el tratamiento de enfermedades específicas y por productos alimenticios modificados sólidos usados en el tratamiento de ciertas enfermedades hereditarias de metabolismo de amino ácidos y ácidos orgánicos ya sea que se administren por vía oral o a través de un tubo de alimentación

B. Farmacia participante. Solo pagaremos por medicamentos recetados y sin receta para uso fuera de un hospital. Excepto en una emergencia, la receta debe ser hecha por un proveedor participante y abastecida en una farmacia participante.

C. Exclusiones y limitaciones. Bajo esta sección no pagaremos por lo siguiente:

- Administración o inyección de cualquier medicamento
- Reemplazo de recetas perdidas o robadas
- Medicamentos recetados usados solamente con fines cosméticos, a menos que sean necesarios por motivos médicos
- Medicamentos experimentales o investigativos, a menos que sean recomendados por un agente externo de apelaciones
- Suplementos nutricionales tomados electivamente
- Medicamentos no aprobados por la FDA, excepto que pagaremos por un medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento del cáncer cuando el medicamento sea recetado para un tipo de cáncer distinto al tipo para el cual se obtuvo aprobación de la FDA. Sin embargo, el medicamento debe ser reconocido para el tratamiento del tipo de cáncer para el que ha sido recetado por una de estas publicaciones:
 - AMA Drug Evaluations

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

- American Hospital Formulary Service
 - Información de Medicamento de la Farmacopea Estadounidense
 - Un artículo sobre un estudio o un comentario editorial en una importante publicación profesional revisada por colegas
 - Dispositivos y suministros de cualquier clase, excepto dispositivos contraceptivos o para planificación familiar, termómetros basales, condones masculinos y femeninos y diafragmas
 - Medicamentos y productos biológicos recetados y la administración de estos medicamentos y productos biológicos que sean suministrados con el fin de causar o ayudar en la muerte, suicidio, eutanasia u homicidio piadoso de una persona
 - Medicamentos recetados usados con el fin de tratar la disfunción eréctil
5. **Cuidado de la salud en el hogar.** Nosotros pagaremos por hasta 40 visitas por año calendario para cuidado médico en el hogar provisto por una agencia certificada de salud en el hogar que sea un proveedor participante. Pagaremos por cuidado de la salud en el hogar solo si usted tuviese que ser admitido a un hospital si no se proporcionara cuidado en el hogar.

El cuidado en el hogar incluye uno o más de los siguientes servicios:

- Cuidado de enfermería en el hogar de tiempo parcial o intermitente por o bajo la supervisión de una enfermera profesional certificada
 - Servicios de auxiliar de salud en el hogar de tiempo parcial o intermitentes que consistan principalmente de cuidados para el paciente
 - Terapia física, ocupacional o del habla si es provista por una agencia de salud en el hogar; y suministros médicos, medicamentos y medicaciones recetadas por un médico o servicios de laboratorio por o a nombre de una agencia certificada de salud en el hogar hasta el grado que dichos artículos hubieran estado cubiertos si la persona cubierta estaba en un hospital
6. **Análisis de preadmisión.** Pagaremos por análisis de preadmisión cuando sean realizados en el hospital donde está programada la cirugía si:
- Si se han hecho reservaciones por una cama de hospital y una sala de operaciones en ese hospital antes de realizar los análisis
 - Su médico ha ordenado los análisis
 - La cirugía se realiza en un plazo de siete días de dichos análisis de preadmisión

Si la cirugía es cancelada debido a los hallazgos de los análisis de preadmisión, aún cubriremos el costo de estos análisis.

7. **Habla y escucha.** Pagaremos por servicios de habla y escucha, incluyendo prótesis auditivas, baterías y reparaciones para prótesis auditivas. Estos servicios incluyen un examen auditivo por año para determinar la necesidad de acciones correctivas. La terapia del habla requerida para una condición influenciada por una mejora clínica significativa dentro de un periodo de dos meses, comenzando con el primer día de terapia, será cubierta cuando sea realizada por un audiólogo, patólogo del lenguaje, un terapeuta del habla y/o un otorrinolaringólogo.

Llame a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquiera de sus beneficios, cuidado o servicios.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

SECCIÓN OCHO – CUIDADO DE LA VISTA

1. **Cuidado de la vista de emergencia, preventivo y de rutina.** Pagaremos por cuidado de la vista de emergencia, preventivo o de rutina. No necesita la autorización de su PCP para cuidado de la vista cubierto si busca cuidado de un proveedor participante calificado de servicios de cuidado de la vista.
2. **Exámenes de la vista.** Pagaremos por exámenes de la vista con el fin de determinar la necesidad de lentes correctivos, y de ser necesario, para proveer una receta para lentes correctivos. Pagaremos por un examen de la vista en cualquier periodo de 12 meses, a menos que se requieran con mayor frecuencia con la documentación apropiada. El examen de la vista puede incluir, pero no está limitado a:
 - Historial del caso
 - Examen externo del ojo o examen interno del ojo
 - Examen oftalmoscópico
 - Determinación de estado refractivo
 - Distancia binocular
 - Análisis tonométricos para glaucoma
 - Análisis de campos visuales brutos y visión de colores
 - Resumen de hallazgos y recomendación para lentes correctivos
3. **Lentes recetados.** Pagaremos por lentes recetados estándares de calidad una vez en cualquier periodo de 12 meses, a menos que se requieran con mayor frecuencia con la documentación apropiada. Los lentes recetados deben ser elaborados ya sea con vidrio o plástico.
4. **Marcos.** Pagaremos por marcos estándares adecuados para soportar lentes en cualquier periodo de 12 meses, a menos que se requieran con mayor frecuencia con la documentación apropiada. Si es médicamente justificado, serán cubiertas más de un par de anteojos.
5. **Lentes de contacto.** Pagaremos por lentes de contacto solo cuando se consideren necesarios por motivos médicos.

SECCIÓN NUEVE – CUIDADO DENTAL

1. **Cuidado dental.** Pagaremos por los servicios de cuidado dental establecidos en este contrato cuando busque cuidado de un proveedor certificado participante de servicios dentales.
2. **Cuidado dental de emergencia.** Pagaremos por cuidado dental de emergencia, el cual incluye tratamiento de emergencia requerido para aliviar dolor y sufrimiento ocasionados por enfermedad o trauma dental.
3. **Cuidado dental preventivo.** Pagaremos por cuidado dental preventivo, el cual incluye procedimientos que ayudan a evitar la aparición de enfermedades orales, incluyendo:
 - Profilaxis (raspado y pulimento de dientes en intervalos de 6 meses)
 - Aplicación de fluoruro tópico en intervalos de seis meses donde el suministro de agua local no esté fluorado
 - Selladores sobre molares permanentes no restaurados

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

4. **Cuidado dental de rutina.** Pagaremos por cuidado dental de rutina, incluyendo:
 - Exámenes dentales, visitas y consultas cubiertas una vez dentro de un periodo de 6 meses consecutivos (al salir los dientes primarios)
 - Radiografías de toda la boca en intervalos de 36 meses de ser necesarias, radiografías con alas de mordida en intervalos de 6 a 12 meses, o radiografías panorámicas en intervalos de 36 meses de ser necesarias y otras radiografías según la necesidad (una vez salgan los dientes primarios)
 - Todos los procedimientos necesarios para extracciones simples y otra cirugía dental de rutina que no requiera hospitalización, incluyendo cuidado preoperatorio y postoperatorio
 - Sedación consciente en el consultorio
 - Amalgamas, restauraciones de compuestos y coronas de acero inoxidable
 - Otros materiales restaurativos apropiados para niños
5. **Endodoncia.** Pagaremos por servicios de endodoncia, incluyendo todos los procedimientos necesarios para el tratamiento de cámara pulpar y canales pulpares afectados, donde no se requiera hospitalización.
6. **Periodoncia.** Pagaremos por servicios de periodoncia.
7. **Prostodoncia.** Pagaremos por servicios de prostodoncia de la siguiente manera:
 - Dentaduras removibles completas o parciales, incluyendo seis meses de cuidado de seguimiento. Los servicios adicionales incluyen inserción de identificación de dientes flojos, reparaciones, rellenos y amalgamas y tratamiento de paladar hendido.
 - Los puentes fijos no están cubiertos a menos que se requieran:
 - Para reemplazo de un solo diente superior anterior (colmillo o cúspide central/lateral) en un paciente con aparte de eso un complemento total de dientes naturales, funcionales y/o restaurados
 - Para estabilización de paladar hendido
 - Debido a la presencia de cualquier condición neurológica o fisiológica que podría impedir la colocación de una prótesis removable, según lo demostrado por documentación médica
 - Los retenedores de espacio unilaterales o bilaterales están cubiertos para colocación en una dentadura restaurada transitoria y/o mixta para mantener espacio para dientes permanentes en desarrollo normal.
8. **Ortodoncia.** Se requiere una aprobación previa para la cobertura de ortodoncia. Incluye los procedimientos que ayudan a restaurar las estructuras orales hasta la salud y función y para tratar condiciones médicas graves tales como paladar hendido y labio leporino; micrognantia maxilar/mandibular (quijada superior o inferior no desarrollada); prognatismo mandibular extremo; asimetría severa (anormalidades craneofaciales); anquilosis de la unión temporomandibular; y otras displasias esqueléticas significativas.

Los servicios de ortodoncia no están cubiertos si el niño no cumple con los criterios descritos anteriormente.

Los procedimientos incluyen, pero no están limitados a:

- Expansión rápida palatal (RPE)
- Colocación de partes de componentes (por ejemplo, correctores dentales, bandas)
- Tratamiento interceptivo de ortodoncia
- Tratamiento completo de ortodoncia (durante el cual los aparatos de ortodoncia han sido colocados para un tratamiento activo y ajustados en forma periódica)
- Terapia removable de aparatos

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

- Retención de ortodoncia (eliminación de aparatos, construcción y reemplazo de retenedores)

SECCIÓN DIEZ – INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE CÓMO FUNCIONA ESTE PLAN

1. **Cuándo un especialista puede ser su PCP.** Si tiene una afección o enfermedad terminal o una afección o enfermedad degenerativa o discapacitante, puede pedir que un especialista que sea un proveedor participante sea su PCP. Consultaremos con el especialista y su PCP y decidiremos si sería apropiado que el especialista actúe como tal.
2. **Referido permanente a un especialista de la red.** Si necesita cuidado especializado continuo, puede recibir una remisión permanente a un especialista que sea un proveedor participante. Esto significa que no tendrá que obtener un nuevo referido de su PCP cada vez que tenga que ir a ese especialista. Consultaremos con el especialista y su PCP y decidiremos si una remisión permanente sería apropiada en su situación.
3. **Referido permanente a un centro de cuidado especializado.** Si tiene una afección o enfermedad terminal o una afección o enfermedad degenerativa o discapacitante, puede solicitar una remisión permanente a un centro de cuidado especializado que sea un proveedor participante. Consultaremos con su PCP, su especialista y el centro de cuidado especializado para decidir si dicha remisión es apropiada.
4. **Cuando su proveedor abandone la red.** Si se está sometiendo a un curso de tratamiento cuando su proveedor abandona nuestra red, entonces podría continuar recibiendo cuidado del antiguo proveedor participante, en ciertos casos, por hasta 90 días después de finalizar el contrato del proveedor. Si está embarazada y en su segundo trimestre, tal vez podrá continuar recibiendo cuidado con el antiguo proveedor a través del parto y el cuidado postparto relacionado directamente con el parto.

Sin embargo, con el fin de que pueda continuar recibiendo cuidado por hasta 90 días o a través del embarazo con un antiguo proveedor participante, el proveedor debe estar de acuerdo en aceptar nuestro pago y adherirse a nuestros procedimientos y políticas, incluyendo aquellas para asegurar la calidad del cuidado.

5. **Cuando los nuevos miembros estén en un curso de tratamiento.** Si usted está en un curso de tratamiento con un proveedor no participante cuando se afilia a nosotros, tal vez pueda recibir cuidado del proveedor no participante por hasta 60 días desde la fecha en que quedó cubierto bajo este contrato. El curso de tratamiento debe ser para una enfermedad o afección que amenaza la vida o una enfermedad o afección degenerativa o discapacitante. También puede continuar recibiendo cuidado con un proveedor no participante si está en el segundo trimestre de un embarazo cuando queda cubierta bajo este contrato.

Tal vez pueda continuar recibiendo cuidado a través del parto y cualquier servicio postparto directamente relacionado con el parto.

Sin embargo, con el fin de que pueda continuar recibiendo cuidado por hasta 60 días o a través del embarazo, el proveedor no participante debe estar de acuerdo en aceptar nuestro pago y adherirse a nuestros procedimientos y políticas, incluyendo aquellas para asegurar la calidad del cuidado.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

SECCIÓN ONCE – LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Además de las limitaciones y exclusiones ya descritas, no pagaremos por lo siguiente:

1. **Cuidado que no sea necesario por motivos médicos.** Usted no tiene derecho a recibir beneficios por ningún servicio, suministro, análisis o tratamiento que no sea necesario por motivos médicos o apropiado para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad, lesión o afección (Vea las Secciones Quince y Dieciséis).
2. **Práctica médica aceptada.** Usted no tiene derecho a recibir servicios que no estén de conformidad con prácticas y estándares médicos y psiquiátricos aceptados en vigencia al momento del tratamiento.
3. **Cuidado que no sea provisto, autorizado u organizado por su PCP.** Excepto en caso contrario a lo establecido en este contrato, usted tiene derecho a recibir beneficios por servicios solo cuando sean provistos, autorizados u organizados por su PCP. Si elige obtener cuidado que no sea provisto, autorizado u organizado por su PCP, no seremos responsables por ningún costo en el que incurra.
4. **Servicios de hospitalización en un asilo de ancianos, centro de rehabilitación o cualquier otro centro no cubierto expresamente por este contrato.**
5. **Servicios médicos mientras está hospitalizado en un asilo de ancianos, centro de rehabilitación o cualquier otro centro no cubierto expresamente por este contrato.**
6. **Servicios experimentales o investigativos, a menos que sean recomendados por un agente externo de apelaciones.** (Vea la Sección Dieciséis).
7. **Cirugía cosmética.** No pagaremos por cirugía cosmética a menos que sea necesaria por motivos médicos, excepto cuando la cirugía reconstructiva caiga bajo una de las siguientes condiciones:
 - Cuando después de cirugía resultante de un trauma, haya infección y otra enfermedad de la parte del cuerpo involucrada
 - Cuando se requiera para corregir un defecto funcional resultante de enfermedad o anomalía congénita
8. **Fertilización in vitro, inseminación artificial u otro medio de concepción asistido.**
9. **Servicios privados de enfermería.**
10. **Donación autóloga de sangre.**
11. **Servicios de manipulación física.** No pagaremos por ningún servicio relacionado con la detección y corrección (por medios manuales o mecánicos) de:
 - Desbalance estructural.
 - Distorsión.
 - Subluxación en el cuerpo humano con el fin de remover interferencia nerviosa y los efectos de la misma. Esta exclusión aplica cuando la interferencia nerviosa sea el resultado de o esté relacionada con distorsión, falta de alineación o subluxación de o en la columna vertebral.
12. **Cuidado podiátrico de rutina.**
13. **Otro seguro de salud, beneficios de salud y programas gubernamentales.** Reduciremos nuestros pagos bajo este contrato por el monto que usted es elegible para recibir por el mismo servicio bajo otro seguro de salud, planes de beneficios de salud o programas gubernamentales. Otro seguro de salud

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

incluye cobertura por aseguradoras, Planes Blue Cross and Blue Shield o HMOs o programas similares. Planes de beneficios de salud incluyen cualquier plan autoasegurado o no asegurado tales como aquellos ofrecidos por u organizados a través de empleadores, fideicomisos, sindicatos, organizaciones de empleadores u organizaciones de beneficio del empleado. Programas gubernamentales incluyen Medicare o cualquier otro programa federal, estatal o local, excepto el Physically Handicapped Children's Program y el Early Intervention Program.

14. **Seguro de automóvil de no responsabilidad.** No pagaremos por ningún servicio que esté cubierto por beneficios obligatorios de automóvil de no responsabilidad. No haremos ningún pago aun si usted no reclama los beneficios a los que tiene derecho recibir bajo el seguro de automóvil de no responsabilidad.
15. **Otras exclusiones.** No pagaremos por:
 - Procedimientos de cambio de sexo, a menos que sea necesario por motivos médicos
 - Cuidado asistencial
16. **Compensación de trabajadores.** No proveeremos cobertura para ningún servicio o cuidado para una lesión, afección o enfermedad si los beneficios le son proporcionados una Ley de Compensación de Trabajadores o una legislación similar.
17. **Transporte que no sea de emergencia.**

SECCIÓN DOCE – PRIMAS POR ESTE CONTRATO

1. **Monto de las primas.** El monto de la prima para este contrato está determinado por nosotros y es aprobado por el Superintendente de Seguros del Estado de New York.
2. **Su contribución para la prima.** Según las leyes del Estado de New York, tal vez se le requiera que contribuya para el costo de su prima. Le notificaremos de la contribución requerida, de haber alguna.
3. **Periodo de gracia.** Todas las primas para este contrato se vencen un mes por anticipado; sin embargo, permitiremos un periodo de gracia para el pago de todas las primas, excepto el primer mes. Esto significa que, excepto por la prima del primer mes para cada niño, si recibimos el pago dentro del periodo de gracia, continuaremos la cobertura bajo este contrato por todo el periodo cubierto por el pago. Si no recibimos pago dentro del periodo de gracia, la cobertura bajo este contrato finalizará desde el último día del mes del periodo de gracia.
4. **Acuerdo para pagar por servicios si la prima no es pagada.** Usted no tiene derecho a ningún servicio por periodos para los cuales la prima no ha sido pagada. Si durante dicho periodo se reciben servicios, usted acepta pagar por los servicios recibidos.
5. **Cambio en la primas.** Si debe darse un aumento o disminución en la prima o su contribución para la prima para este contrato, le daremos al menos 30 días de notificación por escrito del cambio.
6. **Cambios en sus ingresos o el tamaño de su hogar.** Puede solicitar que revisemos la contribución a su prima familiar siempre que sus ingresos o el tamaño de la familia cambien. Puede solicitar una revisión llamándonos al 1-800-300-8181 o llamando a la Línea directa de Child Health Plus al 1-800-698-4543. En ese momento, le proporcionaremos el formulario y los requisitos de documentación necesarios para realizar la revisión. Reevaluaremos la contribución de su prima familiar y le notificaremos los resultados en un plazo de 10 días laborales desde el recibo de la solicitud y la documentación necesaria para realizar la revisión. Si la revisión da como resultado un cambio la

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

contribución de su prima familiar, aplicaremos ese cambio a más tardar 40 días desde el recibo de la revisión y solicitud y documentación de respaldo completas.

SECCIÓN TRECE – TERMINACIÓN DE COBERTURA

1. **Por falta de pago de la prima.** Si se le requiere que pague una prima por este contrato, el mismo terminará al final del periodo de gracia si no recibimos su pago.
2. **Cuando se mude fuera del área de servicio.** Este contrato terminará cuando usted deje de residir permanentemente en el área de servicio.
3. **Cuando ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad.** Este contrato terminará cuando ocurra uno de los siguientes:
 - A. En el último día del mes en el cual usted cumple 19 años de edad
 - B. La fecha en la cual usted se inscribe en el programa Medicaid
 - C. La fecha en la que usted queda bajo otra cobertura de cuidado de la salud
 - D. La fecha en que queda interno de una institución pública o un paciente de una institución para enfermedades mentales
4. **Terminación del programa Child Health Plus.** Este contrato terminará automáticamente en la fecha cuando las leyes del Estado de New York, las cuales establecen el programa Child Health Plus, es terminada o cuando el Estado termine este contrato o cuando no tengamos disponible financiamiento del Estado de New York para este programa Child Health Plus.
5. **Nuestra opción para terminar este contrato.** Podemos terminar este contrato en cualquier momento por uno o más de los siguientes motivos:
 - A. Fraude en la solicitud de inscripción bajo este contrato en el recibo de cualquier servicio.
 - B. Tales otros motivos en archivos con el Superintendente de Seguros al momento de dicha terminación y aprobados por él o ella. Una copia de tales otros motivos le debe ser enviada. Le daremos no menos de 30 días de notificación por escrito antes de dicha terminación.
 - C. Suspensión de la clase de contratos a los que pertenece este contrato con no menos de cinco meses de notificación por escrito antes de dicha terminación.
 - D. Si usted no provee la documentación que solicitamos para recertificación.
 - E. Si usted no provee la documentación que solicitamos en un plazo de 60 días de su fecha de su inscripción o recertificación.
 - F. Si usted aparece como elegible para Medicaid en la recertificación y no completa el proceso de aplicación para Medicaid dentro del periodo de afiliación temporal de 60 días.
6. **Su opción para terminar este contrato.** Usted puede terminar este contrato en cualquier momento dándonos al menos notificación previa de un mes. Le reembolsaremos cualquier porción de la prima de este contrato que haya sido pagada previamente por usted.
7. **A su muerte.** Este contrato terminará automáticamente en la fecha de su muerte.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

8. **Beneficios después de la terminación.** Si usted está totalmente discapacitado en la fecha de terminación de este contrato y ha recibido servicios médicos para la enfermedad, lesión o afección que le ocasionó su discapacidad total mientras estaba cubierto bajo este contrato, continuaremos pagando por la enfermedad, lesión o afección relacionada con la discapacidad total durante un periodo ininterrumpido de discapacidad total hasta la primera de las siguientes fechas:
- Una fecha en la cual usted ya no esté totalmente discapacitado
 - Una fecha 12 meses desde la fecha de terminación de este contrato

No pagaremos por más cuidado del que hubiese recibido si su cobertura bajo este contrato no hubiese terminado.

SECCIÓN CATORCE – DERECHO A UN NUEVO CONTRATO DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN

1. **Cuando cumple 19 años de edad.** Si este contrato termina porque llega a los 19 años de edad, entonces puede comprar un nuevo contrato como suscriptor de pago directo. A petición, le enviaremos una lista de planes de salud que ofrecen contratos de suscriptor de pago directo y le ayudaremos a encontrar cobertura alternativa.
2. **Si Child Health Plus finaliza.** Si este contrato termina porque el programa Child Health Plus finaliza, tal vez pueda comprar un nuevo contrato como suscriptor de pago directo.
3. **Cómo hacer la solicitud.** Usted debe hacer la solicitud ante nosotros en un plazo de 31 días después de la terminación de este contrato y pagar la primera prima para el nuevo contrato.

SECCIÓN QUINCE –PROCEDIMIENTO DE QUEJA (RECLAMO)

Quejas (Reclamos). Nuestro procedimiento de quejas se aplica a cualquier problema que no esté relacionado a una necesidad médica o experimental o investigativa determinada por nosotros. Por ejemplo, se aplica a denegaciones o problemas o preocupaciones del beneficio contractual que tenga con respecto a nuestras políticas administrativas o acceso a proveedores.

1. **Presentación de una queja.** Póngase en contacto con nosotros por teléfono al 1-800-300-8181 (TTY 711); el número en su tarjeta de identificación o, por escrito para presentar una queja. Puede entregar una queja oral relacionada con una denegación de una determinación del referido o del beneficio cubierto. Podemos requerir que firme una aceptación escrita de su queja oral, preparada por nosotros.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

Envíe por correo su queja por escrito a:

Complaint Specialist
Quality Management Department
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
9 Pine Street, 14th Floor
New York, NY 10005

También puede enviarnos por fax la queja al 1-866-495-8716.

Cuando recibamos su queja, le enviaremos una carta de acuse de recibo en un plazo de 15 días laborales. La carta de acuse de recibo incluirá el nombre, dirección, y número telefónico de la persona que está manejando su queja, e indicará qué información adicional, si hay alguna, debe ser provista.

Mantendremos todas las solicitudes y discusiones en forma confidencial y no tomaremos una acción discriminatoria debido a su problema. Tenemos un proceso tanto para las quejas comunes como las aceleradas, dependiendo de la naturaleza de su consulta.

2. **Determinación de la queja.** Un personal calificado revisará su queja, o si es un asunto clínico, un profesional del cuidado de la salud autorizado, certificado o registrado la examinará. Decidiremos sobre la queja y le notificaremos dentro de los siguientes periodos de tiempo:

Quejas aceleradas/urgentes:

Por vía telefónica, en un plazo de 48 horas de recibir toda la información necesaria
Por escrito, en un plazo de 3 días laborales después que le notificamos por vía telefónica

Determinación de referidos/beneficio cubierto:

Por escrito, en un plazo de 30 días calendario de recibir toda la información necesaria

Todas las otras quejas

(que no están relacionada con un reclamo o solicitud para un servicio)

Por escrito, en un plazo de 45 días calendario de recibir toda la información necesaria

3. **Asistencia.** Si no está satisfecho con nuestra determinación de la queja, o en cualquier otro momento no está satisfecho, usted puede:

Llamar al Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-206-8125 o escribirles a:
New York State Department of Health
Corning Tower
Empire State Plaza
Albany, NY 12237
www.health.ny.gov

Si necesita ayuda para presentar una queja o apelación, también puede ponerse en contacto con el Programa independiente de asistencia al consumidor a:

Community Health Advocates
633 3rd Ave. 10th Floor
New York, NY 10017

O llame a la línea gratuita: 1-888-614-5400, o al correo electrónico cha@cssny.org

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

- D. **Apelaciones de queja.** Si no está satisfecho con la resolución de su queja, usted y su designado puede presentar una apelación por vía telefónico o por escrito. Tiene hasta 60 días calendario desde la fecha de recibo de la determinación de la queja para presentar una apelación.

Cuando recibamos su apelación, le enviaremos una carta de acuse de recibo en un plazo de 15 días laborales. La carta de acuse de recibo incluirá el nombre, dirección, y número telefónico de la persona que está manejando su apelación, e indicará qué información adicional, si hay alguna, debe ser provista.

Una o más miembros calificados del personal en un nivel más alto que la del personal que dio la determinación de la queja la revisará, o si es un asunto clínico, un revisor clínico colega la examinará. Decidiremos sobre la apelación y le notificaremos por escrito dentro de los siguientes periodos de tiempo:

Quejas aceleradas/urgentes:

En un plazo de 48 horas de recibir toda la información necesaria

Todos las otras quejas

En un plazo de 30 días calendario de recibir toda la información necesaria

- E. **Asistencia.** Si todavía no está satisfecho con nuestra determinación de la queja, o en cualquier otro momento no está satisfecho, usted puede:

Llamar al Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-206-8125 o escribirles a:
New York State Department of Health
Corning Tower
Empire State Plaza
Albany, NY 12237
www.health.ny.gov

Si necesita ayuda para presentar una queja o apelación, también puede ponerse en contacto con el Programa independiente de asistencia al consumidor a:

Community Health Advocates
633 3rd Ave. 10th Floor
New York, NY 10010

O llame a la línea gratuita: 1-888-614-5400, o al correo electrónico cha@cssny.org
www.communityhealthadvocates.org

SECCIÓN DIECISÉIS – APELACIÓN EXTERNA

Apelaciones externas

1. Su derecho a una apelación externa

Bajo ciertas circunstancias tiene derecho a una apelación externa de una denegación de cobertura. Específicamente, si el Plan ha denegado la cobertura con base en que el servicio no es necesario por motivos médicos o es un tratamiento experimental o investigativo, usted o su representante puede apelar

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

esa decisión ante un agente de apelación externa, una entidad independiente certificada por el Estado para realizar dichas apelaciones.

2. Su derecho a apelar una determinación de que un servicio no es necesario por motivos médicos

Si el Plan ha denegado una cobertura con base en que el servicio no es necesario por motivos médicos, puede apelar ante un agente de apelación externa si usted satisface los dos (2) criterios siguientes:

- El servicio, procedimiento o tratamiento debe de otra forma ser un servicio cubierto bajo un contrato de suscriptor; y
- Debe haber recibido una determinación final adversa a través del proceso de apelación interna del Plan y el Plan debe haber mantenido la denegación o usted y el Plan deben acordar por escrito renunciar a cualquier apelación interna.

3. Su derecho a apelar una determinación de que un servicio es experimental o investigativo

Si denegamos cobertura con base en que el servicio es un tratamiento experimental o investigativo, usted debe satisfacer los dos (2) criterios siguientes:

- El servicio debe de otra forma ser un servicio cubierto bajo un contrato de suscriptor; y
- Debe haber recibido una determinación adversa final a través del proceso de apelación interna del Plan y el Plan debe haber mantenido la denegación o usted y el Plan deben acordar por escrito renunciar a cualquier apelación interna.

Además, el médico tratante debe certificar que usted tiene una enfermedad o afección terminal o discapacitante. Una “enfermedad o afección terminal” es una en la cual, de acuerdo con el diagnóstico actual del médico tratante, tiene una alta probabilidad de morir. Una “enfermedad o afección discapacitante” es cualquier deficiencia física o mental determinable médicamente que como resultado se pueda esperar la muerte, o que ha durado o se puede esperar que dure por un periodo continuo de no más de doce (12) meses, lo cual lo mantiene imposibilitado de involucrarse en cualesquiera actividades lucrativas sustanciales. En el caso de un niño menor de dieciocho años de edad, una “enfermedad o afección discapacitante” es cualquier deficiencia física o mental determinable médicamente de una gravedad comparable.

Su médico tratante también debe certificar que su enfermedad o afección terminal o discapacitante es una para la cual los servicios estándares de salud no son eficaces o son médicamente inadecuados o una para la cual no existe un servicio o procedimiento estándar más beneficioso cubierto por el Plan o una para la cual existe un ensayo clínico (según está definido por la ley).

Además, su médico tratante debe haber recomendado uno de los siguientes:

- Un servicio, procedimiento o tratamiento que dos (2) documentos de evidencia médica y científica disponible indiquen que es probable que sea más beneficioso para usted que cualquier servicio estándar cubierto (solo ciertos documentos serán considerados en apoyo a esta recomendación – su médico tratante debe ponerse en contacto con el Estado con el fin de obtener información actualizada sobre cuáles documentos serán considerados o aceptables); o
- Un ensayo clínico para el cual usted es elegible (solo ciertos ensayos clínicos pueden ser considerados).

Para fines de esta sección, su médico tratante debe ser un médico certificado, elegible por la junta o certificado por la junta que esté calificado para practicar en el área adecuada para tratar su enfermedad o afección terminal o discapacitante.

4. El proceso de apelación externa

Si, a través del proceso de apelación interna del Plan, usted ha recibido una determinación final adversa manteniendo una denegación de cobertura con base en que el servicio no es necesario por motivos

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

médicos, o es un tratamiento experimental o investigativo, usted tiene cuatro meses desde el recibo de dicha notificación para presentar una solicitud escrita para una apelación externa. Si usted y el Plan acuerdan por escrito renunciar a cualquier apelación interna, usted tiene cuatro meses desde el recibo de dicha renuncia para presentar una solicitud escrita para una apelación externa. El Plan le proveerá una solicitud de apelación externa con la determinación final adversa emitida a través del proceso de apelación interna del Plan o su renuncia escrita de una apelación interna.

También puede solicitar una solicitud de apelación externa del Estado de New York al 1-800-400-8882. Entregue la solicitud completada al Departamento de Seguros del Estado en la dirección indicada en la solicitud. Si satisface los criterios para una apelación externa, el Estado remitirá la solicitud a un agente certificado de apelación externa.

Tendrá la oportunidad de presentar documentación adicional con su solicitud. Si el agente de apelación externa determina que la información que usted envía representa un cambio material de la información sobre la que se basa su denegación, el agente de apelación externa compartirá esta información con el Plan con el fin de que éste ejerza su derecho a reconsiderar su decisión. Si el Plan elige ejercer este derecho, tendrá tres (3) días laborales para enmendar o confirmar su decisión. Tenga en cuenta que en el caso de una apelación acelerada (descrita a continuación), el Plan no tiene derecho a reconsiderar su decisión.

En ese caso, el agente de apelación externa debe tomar una decisión en un plazo de 30 horas desde el recibo de su solicitud completada. El agente de apelación externa puede solicitar información adicional de usted, su médico, o del Plan. Si el agente de apelación externa solicita información adicional, él tendrá cinco (5) días laborales adicionales para tomar su decisión. El agente de apelación externa debe notificarle por escrito su decisión en un plazo de dos (2) días laborales.

Si su médico tratante certifica que una demora en proporcionar el servicio que ha sido denegado presenta una amenaza inminente o grave para su salud, usted puede pedir una apelación externa acelerada. En ese caso, el agente de apelación externa debe tomar una decisión en un plazo de tres (3) días desde el recibo de su solicitud completada. El agente de apelación externa debe tratar de notificarle a usted y al Plan, por vía telefónica o fax, inmediatamente después de tomar una decisión.

Si el agente de apelación externa anula la decisión del Plan de que un servicio no es necesario por motivos médicos o aprueba una cobertura de un tratamiento experimental, el Plan proveerá una cobertura sujeta a los otros términos y condiciones de este contrato del suscriptor. Tenga en cuenta que si el agente de apelación externa aprueba una cobertura de un tratamiento experimental o investigativo que sea parte de un ensayo clínico, el Plan solo cubrirá los costos de servicios requeridos para suministrarle tratamiento de acuerdo con el diseño del ensayo. El Plan no será responsable por los costos de medicamentos o dispositivos investigativos, los costos de servicios de atención no médica, los costos de manejo de investigación o costos que no serían cubiertos bajo el contrato del suscriptor para tratamientos no experimentales o no investigativos proporcionados en dicho ensayo clínico.

La decisión del agente de apelación externa es vinculante tanto para usted como para el Plan. La decisión del agente de apelación externa es admisible en cualquier procedimiento judicial.

5. Sus responsabilidades

Es su responsabilidad iniciar el proceso de apelación externa. Puede iniciar el proceso de apelación externa presentando una solicitud completada al Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York. Puede designar un representante para que lo ayude con su solicitud de apelación externa. Sin embargo, el Departamento de Servicios Financieros puede contactarlo y solicitar que confirme por escrito que ha designado a dicho representante.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

Bajo la ley del Estado de New York, su solicitud completada para la apelación debe ser presentada en un plazo de cuatro meses de ya sea la fecha en la cual recibe la notificación escrita del plan que ha mantenido una denegación de cobertura, o la fecha en la cual recibe la renuncia escrita de cualquier apelación interna, o el fracaso del plan de adherirse a los requisitos del procesamiento de reclamos. El Plan no tiene autoridad para otorgar una extensión de esta fecha límite.

Servicios cubiertos y exclusiones

Sin embargo, no cubriremos tratamientos experimentales o investigativos; no obstante cubriremos un tratamiento experimental o investigativo aprobado por un agente de apelación externa de conformidad con la Sección de este contrato del suscriptor. Si el agente de apelación externa aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o investigativo que sea parte de un ensayo clínico, solo cubriremos los costos de servicios requeridos para suministrarle el tratamiento de acuerdo con el diseño del ensayo. No seremos responsables por los costos de medicamentos o dispositivos investigativos, los costos de servicios que no sean de cuidado de la salud, los costos de manejo de investigación o costos que no serían cubiertos bajo el contrato del suscriptor para tratamientos no experimentales o no investigativos proporcionados en dicho ensayo clínico.

SECCIÓN DIECISIETE – REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

1. Revisión de utilización.

Revisamos los servicios de salud para determinar si los servicios son o eran necesarios por motivos médicos, o experimentales o de investigación (“necesarios por motivos médicos”). Este proceso se llama revisión de utilización. La revisión de utilización incluye todas las actividades de revisión, ya sea que se produzcan antes de la prestación del servicio (autorización previa); cuando se presta el servicio (concurrente); o después de la prestación del servicio (retrospectiva). Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de revisión de utilización, llame al 1-800-300-8181 (TTY: 711); el número telefónico en su tarjeta de identificación. El número de la línea gratuita está disponible al menos 40 horas por semana con una máquina contestadora después de horas laborales.

Todas las determinaciones de que los servicios no son necesarios por motivos médicos las tomarán: 1) médicos autorizados; o 2) profesionales del cuidado de la salud autorizados, certificado, registrados o acreditados que sean de la misma profesión y especialidad igual o similar a la del proveedor que normalmente maneja su enfermedad o condición médica o presta el servicio de cuidado de la salud bajo revisión; o 3) con respecto al tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias, efectivo en la fecha de emisión o renovación del contrato; en o después del 01 de abril de 2015, médicos autorizados o profesionales del cuidado de la salud autorizados, certificado, registrados o acreditados que se especialicen en salud del comportamiento y que tengan experiencia en la prestación de cursos o tratamientos para el trastorno por consumo de sustancias. No compensamos ni proporcionamos incentivos financieros a nuestros empleados o revisores para que determinen que los servicios no son necesarios por motivos médicos. Hemos desarrollado lineamientos y protocolos como ayuda en este proceso. Los lineamientos y protocolos específicos están disponibles para su revisión a petición. Para más información, llame al 1-800-300-8181 (TTY: 711); el número en su tarjeta de identificación o vaya a nuestro sitio web en www.empireblue.com/ny.

2. Revisiones de autorizaciones previas.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

- A. Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a una revisión de autorización previa, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su designado) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, dentro de los tres (3) días laborales de la recepción de la solicitud.

Si necesitamos más información, la solicitaremos dentro de los tres (3) días laborales. Usted o su proveedor tendrán 45 días laborales para enviar la información. Si recibimos la información solicitada dentro de los 45 días, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su designado) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, dentro de los tres (3) días laborales de la recepción de la información. Si no se recibe toda la información necesaria dentro de 45 días, tomaremos una determinación dentro de 15 días calendario a partir del final del período de 45 días.

- B. **Revisiones de autorizaciones previas urgentes.** Con respecto a las solicitudes de autorizaciones previas urgentes, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su designado) y a su proveedor, por teléfono, dentro de las 72 horas de recepción de la solicitud. Se notificará por escrito dentro de los tres (3) días laborales de la recepción de la solicitud. Si necesitamos más información, la solicitaremos dentro de las 24 horas. Usted o su proveedor tendrán 48 horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su designado) y a su proveedor por teléfono y por escrito en un plazo de 48 horas de lo que sea anterior de nuestra recepción de la información o el final del período de 48 horas.

3. **Revisiones concurrentes.**

- A. Se tomarán las decisiones de la revisión de utilización de servicios durante el transcurso del cuidado (revisiones concurrentes) y se le notificará a usted (o a su designado) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, dentro de un (1) día laboral de la recepción de toda la información necesaria. Si necesitamos más información, la solicitaremos dentro de un (1) día laboral. Usted o su proveedor tendrán 45 días laborales para enviar la información. Tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su designado) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de un (1) día laboral desde nuestra recepción de la información o, si no recibimos la información, en un plazo de un (1) día laboral al final del período de 45 días.
- B. **Revisiones concurrentes urgentes.** Para las revisiones concurrentes que impliquen una extensión del cuidado urgente, si la solicitud de cobertura se realiza por lo menos 24 horas antes de la finalización de un tratamiento previamente aprobado, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su designado) por teléfono dentro de las 24 horas de la recepción de la solicitud. Se notificará por escrito dentro de un (1) día laboral de la recepción de la solicitud.

Si no se realiza la solicitud de la cobertura al menos 24 horas antes de la finalización de un tratamiento aprobado previamente y tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su designado) dentro de lo que sea primero, 72 horas o en un (1) día laboral desde la recepción de la solicitud. Si necesitamos más información, la solicitaremos dentro de las 24 horas. Usted o su proveedor tendrán 48 horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su designado) dentro de lo que sea primero de un (1) día laboral o 48 horas desde nuestra recepción de la información o, si no recibimos la información, en un plazo de 48 horas al final del período de 48 horas.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

- C. Revisiones de cuidado de salud en el hogar. Tras recibir una solicitud de cobertura de servicios de cuidado en el hogar posteriores a una hospitalización, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su designado), por teléfono y por escrito, dentro de un (1) día laboral de la recepción de la información necesaria. Si el día siguiente a la solicitud cae en un fin de semana o día feriado, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o su designado) y a su proveedor dentro de las 72 horas de haber recibido la información necesaria. Cuando recibimos una solicitud de servicios de cuidado en el hogar y toda la información necesaria antes de su alta de un hospital, no le negaremos la cobertura de los servicios de cuidado en el hogar mientras nuestra decisión respecto de la solicitud esté pendiente.
- D. **Revisiones de tratamiento en internación para trastorno por el uso de sustancias.** Efectivo a partir de la fecha de emisión o renovación de este contrato en o después del 1 de abril de 2015, si recibimos una solicitud de tratamiento en internación para trastorno por el uso de sustancias por lo menos 24 horas antes del alta de una internación para trastorno por el uso de sustancias, tomaremos una determinación dentro de las 24 horas de la recepción de la solicitud y le proporcionaremos cobertura para el tratamiento en internación para trastorno por el uso de sustancias mientras nuestra determinación esté pendiente.

4. **Revisiones retrospectivas.**

Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a un reclamo retrospectivo, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted y a su proveedor dentro de los 30 días calendario de haber recibido la solicitud. Si necesitamos más información, la solicitaremos dentro de los 30 días laborales. Usted o su proveedor tendrán 45 días calendario para proporcionar la información. Tomaremos una determinación y le notificaremos a usted y a su proveedor por escrito en un plazo de 15 días calendario desde lo que sea primero de nuestra recepción de la información o el final del período de 45 días.

Una vez que tengamos toda la información para tomar una decisión, nuestra incapacidad para tomar una decisión sobre la revisión de utilización dentro de los plazos aplicables estipulados anteriormente se considerará una determinación adversa sujeta a una apelación interna.

5. **Revisión retrospectiva de servicios con autorización previa.**

Solo podemos revertir un tratamiento, servicio o procedimiento con autorización previa en revisión retrospectiva cuando:

- La información médica relevante que recibimos para la revisión retrospectiva es sustancialmente diferente a la información presentada durante la revisión de la autorización previa;
- La información médica relevante que recibimos para la revisión retrospectiva existía en el momento de la autorización previa pero fue retenida o no se encontraba a disposición nuestra;
- No estábamos al tanto de la existencia de dicha información en el momento de la revisión de la autorización previa; y
- Nosotros estábamos al tanto de dicha información, pero el tratamiento, servicio o procedimiento solicitado no habría sido autorizado. La determinación se realiza utilizando las mismas normas, criterios o procedimientos específicos que se utilizaron durante la revisión de autorización previa.

6. **Reconsideración.**

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

Si no intentamos consultar con su proveedor antes de tomar una determinación adversa, su proveedor puede solicitar una reconsideración por parte del mismo revisor clínico colega que tomó la determinación adversa. Para las revisiones de autorizaciones previas y concurrentes, la reconsideración se llevará a cabo dentro de un (1) día laboral de la solicitud de reconsideración. Si se confirma la determinación adversa, se le notificará de la determinación adversa a usted y su proveedor, por teléfono y por escrito.

7. **Apelaciones internas a las revisiones de utilización.**

Usted, su representante y, en los casos de revisión retrospectiva, su proveedor, pueden solicitar una apelación interna de una determinación adversa, ya sea por teléfono, en persona o por escrito.

Tiene hasta 180 días calendario desde la fecha de recibo de la determinación adversa para presentar una apelación. Reconoceremos su solicitud de una apelación interna dentro de los 15 días calendario de su recepción. Este reconocimiento le informará de cualquier información adicional necesaria antes de que se pueda tomar una decisión. Un revisor clínico colega que sea un médico o un profesional del cuidado de la salud de la misma o similar especialidad que el proveedor que normalmente maneja la enfermedad o condición en cuestión y quien no esté subordinado al revisor clínico colega que tomó la determinación adversa inicial presentará la apelación.

- A. **Negación de servicios fuera de la red.** Efectivo a partir de la fecha de emisión o renovación de este contrato, en o después del 1 de abril de 2015, también tendrá derecho a apelar la negación de una solicitud de autorización previa para un servicio de salud fuera de la red cuando determinemos que el servicio de salud fuera de la red no es sustancialmente diferente a un servicio de salud de la red disponible. La negación de un servicio de salud fuera de la red es un servicio proporcionado por un proveedor no participante, pero solo cuando el servicio no está disponible de parte de un proveedor participante. Usted no será elegible para una apelación de revisión de utilización si el servicio que solicita está disponible de parte de un proveedor participante, incluso si el proveedor no participante tiene más experiencia en diagnosticar o tratar su condición. (Dicha apelación será considerada una queja). Para una apelación de revisión de utilización por la negación de un servicio de salud fuera de la red, usted o su representante deberán presentar:
- Una declaración escrita de su médico tratante, que debe ser un médico autorizado, certificado o elegible por la junta médica, calificado para practicar en el área de especialidad de prácticas apropiadas para tratar su condición, de que el servicio de salud solicitado fuera de la red es sustancialmente diferente al servicio de salud alternativo disponible de parte del proveedor participante que hemos aprobado para tratar su condición; y
 - Dos (2) documentos de las pruebas médicas y científicas disponibles de que el servicio fuera de la red: 1) es propenso a ser clínicamente beneficioso para usted que el servicio de la red alternativo; y 2) que el riesgo de eventos adversos del servicio fuera de la red probablemente no sería considerablemente mayor al del servicio de salud dentro de la red.
- B. **Negación de referido fuera de la red.** Efectivo a partir de la fecha de emisión o renovación de este contrato, en o después del 1 de abril de 2015, también tendrá derecho a apelar la negación de una solicitud de autorización previa para un proveedor no participante cuando determinemos que contamos con un proveedor participante que cumple con sus necesidades de cuidado de la salud particulares y que está disponible para proporcionar el servicio de cuidado de la salud requerido. Para una apelación de revisión de utilización de una negación de referido fuera de la red, usted o su designado deberá presentar una declaración escrita de su médico tratante, que debe ser un médico

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

autorizado, certificado o elegible por la junta médica, calificado para practicar en el área de especialidad de prácticas adecuadas para tratar su condición, que indique:

- Que el proveedor participante recomendado por nosotros no tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud para el servicio de cuidado de la salud; y
- Y que recomiende a un proveedor no participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud particulares y que esté disponible para proporcionar el servicio de cuidado de la salud.

8. **Apelación estándar.**

- A. **Apelación de la autorización previa.** Si su apelación se refiere a una solicitud de autorización previa, decidiremos respecto de la apelación dentro de los 30 días calendario de la recepción de la solicitud de apelación. Se le notificará por escrito sobre la determinación a usted (o a su designado) y, cuando sea apropiado, a su proveedor, dentro de los dos (2) días laborales después de que se tome la determinación.
- B. **Apelación retrospectiva.** Si su apelación se refiere a un reclamo retrospectivo, decidiremos respecto de la apelación dentro de los 30 días calendario de la recepción de la solicitud de apelación. Se le notificará por escrito sobre la determinación a usted (o a su designado) y, cuando sea apropiado, a su proveedor, dentro de los dos (2) días laborales después de que se tome la determinación.
- C. **Apelación acelerada.** Una apelación de una revisión de servicios de la salud continuos o extendidos, servicios adicionales prestados en el curso del tratamiento continuo, servicios de cuidado de la salud en el hogar después del alta del hospital, servicios en los que un proveedor solicita una revisión inmediata, o cualquier otro asunto urgente serán manejados de manera acelerada. Una apelación acelerada no está disponible para revisiones retrospectivas. Para una apelación acelerada, su proveedor tendrá acceso razonable a un revisor clínico colega asignado a la apelación dentro de un (1) día laboral de la recepción de la solicitud de una apelación. Su proveedor y un revisor clínico colega pueden intercambiar información por teléfono o fax. Una apelación acelerada se determinará dentro de lo que sea primero de 72 horas de la recepción de la apelación o dos (2) días laborales de la recepción de la información necesaria para llevar a cabo la apelación.

Si no está satisfecho con la resolución de su apelación acelerada, puede presentar una apelación interna estándar o una apelación externa.

Nuestra incapacidad para tomar una determinación sobre su apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de la información necesaria para una apelación estándar o de dos (2) días laborales a partir de la recepción de la información necesaria para una apelación acelerada se considerará una revocación de la determinación adversa inicial.

- D. **Apelación por uso de sustancias.** Efectivo a partir de la fecha de emisión o renovación de este contrato en o después del 1 de abril de 2015, si negamos una solicitud para el tratamiento en internación para trastorno por el uso de sustancias que se presentó al menos 24 horas antes del alta del hospital, y usted o su proveedor presentan una apelación interna acelerada a nuestra determinación adversa, tomaremos una decisión respecto de la apelación dentro de las 24 horas de la recepción de la solicitud de apelación. Si usted o su proveedor presenta la apelación interna acelerada y una apelación externa acelerada dentro de las 24 horas de la recepción de

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)

nuestra determinación adversa, proporcionaremos también cobertura para el tratamiento en internación para trastorno por el uso de sustancias mientras la determinación sobre la apelación interna y la apelación externa esté pendiente.

10. **Asistencia con las apelaciones.**

Si necesita ayuda para presentar una apelación, puede ponerse en contacto con el Programa independiente de asistencia al consumidor a:

Community Health Advocates

633 3rd Ave. 10th Floor

New York, NY 10010

O llame a la línea gratuita al 1-888-614-5400. Envíe un correo electrónico a cha@cssny.org o

visite el sitio web en www.communityhealthadvocates.org para más información.

SECCIÓN DIECIOCHO — DISPOSICIONES GENERALES

2. **No cesión.** No puede ceder los beneficios de este contrato. Cualquier cesión o intento de hacerlo es nulo. Cesión significa la transferencia a otra persona u organización de su derecho a los beneficios proporcionados por este contrato.
3. **Acción legal.** Debe llevar cualquier acción legal contra nosotros bajo este contrato en un plazo de 12 meses desde la fecha en que rehusamos pagar por un servicio bajo este contrato.
4. **Enmienda del contrato.** Podremos cambiar este contrato si el cambio es aprobado por el Superintendente de Seguros del Estado de New York. Le daremos al menos 30 días de notificación por escrito de cualquier cambio.
5. **Registros médicos.** Aceptamos preservar la confidencialidad de sus registros médicos. Con el fin de administrar este contrato, podría ser necesario que obtengamos sus registros médicos de hospitales, médicos u otros proveedores que lo han tratado. Cuando queda cubierto bajo este contrato, usted nos da permiso para obtener y usar dichos registros.
6. **Quién recibe pago bajo este contrato.** Pagaremos a directamente a los proveedores participantes para que le proporcionen los servicios. Si usted recibe servicios cubiertos de otro proveedor, nos reservamos el derecho a pagar ya sea a usted o al proveedor.
7. **Notificación.** Cualquier notificación bajo este contrato puede ser dada por correo de Estados Unidos, con porte prepago, a la siguiente dirección:

Si es para nosotros:

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus

9 Pine Street, 14th Floor

New York, NY 10005

Si es para usted:

A la última dirección proporcionada por usted en el formulario de inscripción o cambio de dirección oficial.

Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711)



An Anthem Company

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN CON RESPECTO A SUS BENEFICIOS DE SALUD. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA

La fecha efectiva original de esta notificación fue el 14 de abril de 2003. La fecha de revisión más reciente se muestra al final de esta notificación.

Lea con atención esta notificación. Esta le informa quién puede ver su Información médica protegida (PHI). Le dice cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartirla. Le dice cuándo podemos compartirla sin su autorización. También le dice qué derechos tiene para ver y cambiar su información.

La información sobre su salud y dinero es privada. La ley dice que debemos mantener seguro este tipo de información, llamada PHI, para nuestros miembros. Esto significa que si es un miembro en este momento o solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid, el Essential Plan y el Children's Health Insurance Program después de que es encontrado elegible y se inscribe en nuestro plan de salud. También la obtenemos de sus doctores, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos aceptar y pagar por su cuidado de la salud.

La ley federal dice que debemos informarle lo que dice la ley que tenemos que hacer para proteger la PHI que nos fue dicha, por escrito o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física), nosotros:
 - Tenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos
 - Destruimos el papel con información médica de modo que otros no puedan tener acceso a ella
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
 - Usamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a ella
 - Usamos programas especiales para proteger nuestros sistemas
- Usada o compartida por personas que trabajan para nosotros, doctores o el estado, nosotros:
 - Hacemos reglas para mantener segura la información (llamadas políticas y procedimientos)
 - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las reglas

¿Cuándo está bien para nosotros usar y compartir su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda a o paga

su cuidado de la salud, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos usarla y compartirla

sin su aprobación:

- **Para su cuidado médico**

- Para ayudar a los doctores, hospitales y otros a brindarle el cuidado que usted necesita
- **Para pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento**
 - Para compartir información con los doctores, clínicas y otros que nos facturan por su cuidado
 - Cuando decimos que pagaremos por su cuidado de la salud o servicios antes de que se los brinden
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, al igual que dar su PHI a mercados de información médica para pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento. Si no desea esto, visite www.empireblue.com/ny para obtener más información.
- **Por razones comerciales de cuidado de la salud**
 - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Por razones de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otros que ayudan o pagan por su cuidado**
 - Con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda o paga por su cuidado de la salud, si usted nos dice que está bien
 - Con alguien que le ayuda o paga por su cuidado de la salud, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su aprobación por escrito antes que usemos o compartamos su PHI para toda cosa, salvo para su cuidado, pago, actividades diarias, investigación u otras cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su aprobación por escrito antes que compartamos notas de psicoterapia de su doctor sobre usted.

Puede informarnos por escrito que desea retirar su aprobación escrita. No podemos retirar lo que hemos usado o compartido cuando tuvimos su aprobación. Pero detendremos el uso o distribución de su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos — o la ley dice que tenemos que — usar su PHI:

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan con las leyes
- Para denunciar abuso y negligencia
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pide hacerlo
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a agencias de supervisión de la salud para cosas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerales a averiguar su nombre y causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para mantenerlo a usted y otros saludables o evitar que se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Dar información a compensación de trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

¿Cuáles son sus derechos?

- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de ésta. Aunque, nosotros no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su doctor o la clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos suyo si piensa que algo está

equivocado o que falta.

- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a diferentes direcciones de las que tenemos para usted o de alguna otra manera. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos para usted puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos en todo momento durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con alguien más. Esto no listará las veces que la hemos compartido debido a cuidado de la salud, pago, actividades diarias de cuidado de la salud o algunas otras razones que no listamos aquí.
- Puede pedirnos una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si pidió esta por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su doctor que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

¿Qué tenemos que hacer?

- La ley dice que debemos mantener su PHI en privado, excepto como hemos dicho en esta notificación.
- Debemos decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Tenemos que hacer lo que decimos que haremos en esta notificación.
- Debemos enviarle su PHI a algunas otras direcciones o enviarla en una forma diferente del correo regular si lo pide por razones que tienen sentido, tal como si está en peligro.
- Debemos informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos ha pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes del estado dicen que tenemos que hacer más de lo que hemos dicho aquí, seguiremos esas leyes.
- Tenemos que informarle si pensamos que su PHI ha sido violada.

Podemos ponernos en contacto con usted

Usted acepta que nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podemos llamar o enviar mensajes de texto a cualquier número telefónico que usted nos dé, incluyendo un número de teléfono inalámbrico, usando un sistema automático de marcación telefónica y/o un mensaje pregrabado. Sin límite, estas llamadas o mensajes de texto pueden ser acerca de opciones de tratamiento, otros beneficios y servicios relacionados con salud, inscripción, pago o facturación.

¿Qué pasa si tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre nuestras reglas de privacidad o desea usar sus derechos, llame a **1-800-300-8181 (TTY 711)**.

¿Qué pasa si tiene un reclamo?

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no ha sido mantenida segura, puede llamar a Servicios al Miembro o ponerse en contacto con el Department of Health and Human Services. No pasará nada malo si usted reclama.

Escriba o llame al Department of Health and Human Services:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza, Suite 3312
New York, NY 10278
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 1-212-264-3039

Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud (HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos sobre los cambios en un boletín. También las publicamos en el sitio web en www.empireblue.com/ny.

Raza, origen étnico e idioma

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de la agencia de Medicaid del estado, el Essential Plan y el Children's Health Insurance Program. Protegemos esta información según lo descrito en esta notificación.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba el cuidado que necesita
- Crear programas para mejorar resultados de salud
- Desarrollar y enviar información de educación sobre la salud
- Informar a los doctores acerca de sus necesidades de idioma
- Proporcionar servicios de traductor

No usamos esta información para:

- Emitir seguro de salud
- Decidir cuánto cobrar por los servicios
- Determinar beneficios
- Divulgar información a usuarios no aprobados

Su información personal

Podemos pedirle el uso y distribución de información personal (PI) tal como lo conversamos en esta notificación. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por razones del seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
 - Salud
 - Hábitos
 - Pasatiempos
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
 - Doctores
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra empresa sin

su aprobación.

- Se lo haremos saber antes de hacer cualquier cosa, en donde tenemos que darle la oportunidad para que diga que no.
- Le diremos cómo hacernos saber si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

www.empireblue.com/ny

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus es el nombre comercial de HealthPlus HP, LLC, licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Revisada el 11 de enero de 2016

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus cumple con las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos a las personas por:

- Raza
- Nacionalidad
- Discapacidad
- Color
- Edad
- Sexo o identidad de género

Esto quiere decir que usted no será objeto de exclusión o trato diferente por alguno de estos motivos.

La comunicación con usted es importante

Ofrecemos los siguientes servicios a las personas con discapacidades o que no hablen inglés, sin costo para usted:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Materiales por escrito en formato electrónico, letra grande, audio y otros
- Ayuda de intérpretes calificados en su idioma
- Materiales por escrito en su idioma

Para obtener estos servicios, llame a Servicios al Miembro al número que aparece en su tarjeta de identificación. O bien, puede llamar a nuestro coordinador de derechos civiles al 1-844-533-1994 ext. 33460.

Sus derechos

¿Cree que lo(la) hemos discriminado por alguno de los motivos señalados o que no recibió estos servicios? De ser así, puede presentar una queja (reclamo). Puede hacerlo por correo o teléfono:

Coordinador de quejas

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus

9 Pine St., 14th Floor

New York, NY 10005

Phone: 1-212-563-5570, ext. 66578 (TTY 711)

¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame a nuestro coordinador de derechos civiles al número indicado. También puede presentar un reclamo por derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights:

- **En Internet:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **Por correo:** U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue
SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- **Por teléfono:** 1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697)

Para obtener un formulario para presentar reclamos, visite www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.