



An **Anthem** Company

Essential Plan 1 Plus Contrato Del Subscriptor

New York



An Anthem Company

Essential Plan 1 Plus
Contrato del suscriptor
New York

Actualización de los derechos y responsabilidades de los miembros

Hemos agregado otros derechos y responsabilidades para ayudarlo(a) a trabajar con sus doctores y recibir el cuidado adecuado. Además de los derechos que se enumeran en este manual, también tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener información sobre Empire BlueCross BlueShield HealthPlus, nuestros servicios, políticas, procedimientos y doctores.
- Tener privacidad y recibir un trato digno y respetuoso.
- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades, y realizar sugerencias sobre ellos.
- Obtener información sobre todas las opciones de tratamiento disponibles, independientemente de la cobertura de beneficios que tenga o del costo de cada opción.
- Trabajar con su doctor para mejorar su salud.
- Recibir información en caso de que se modifiquen estos puntos.

Además de las responsabilidades enumeradas en este manual, usted también tiene la responsabilidad de hacer lo siguiente:

- Brindarle a su doctor la información correcta sobre su salud.
- Hacer preguntas para poder comprender su afección de salud u opciones de tratamiento.
- Hablar con su doctor sobre el tratamiento y seguir las instrucciones de cuidado.

Declaración sobre tecnología

Empire sigue el ritmo de los cambios tecnológicos para ver si deben incorporarse a los beneficios de nuestro plan. Nuestro director médico y los doctores de nuestro plan revisan los nuevos avances médicos o cambios de tecnología en:

- salud del comportamiento
- dispositivos
- tratamientos médicos
- medicamentos recetados

También analizan los hallazgos científicos para ver si estos nuevos avances y tratamientos médicos:

- son considerados seguros y eficaces por el gobierno;
- dan resultados iguales o mejores que el tratamiento o terapia que existe actualmente.

Salud del comportamiento (problemas de salud mental o abuso de sustancias)

Estar saludable no solo se trata de cuidar el cuerpo, por eso nuestros beneficios también brindan ayuda a la salud emocional y mental.

Entre los beneficios de la salud del comportamiento, se incluyen los siguientes:

- cuidado de la salud mental para pacientes internados;
- cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios o en caso de abuso de sustancias;

- hospitalización parcial;
- servicios de tratamiento de rehabilitación de la salud mental.

No necesitará una derivación de su PCP para recibir beneficios de salud del comportamiento ni para ver a un especialista en salud del comportamiento dentro del plan.

Si considera que el especialista en salud del comportamiento no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarlo(a) a encontrar otro tipo de especialista.

Hay algunos tratamientos y servicios para los que su PCP o especialista en salud del comportamiento deben solicitar la aprobación de Empire antes de proporcionarlos. Su doctor le comentará cuáles son.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios al Miembro de Empire al 1-800-300-8181 (TTY 711). Podemos brindarle el nombre de un especialista de salud del comportamiento y responder las preguntas que pueda tener sobre sus beneficios.

www.empireblue.com/nyessentialplan

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

Este es su

CONTRATO DEL ESSENTIAL PLAN

Emitido por

EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS

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

Tiene derecho a devolver este contrato. Examínelo detenidamente. Si no le satisface, puede devolvernos este contrato y pedirnos que lo cancelemos. Su solicitud debe ser hecha por escrito en un plazo de 10 días desde la fecha en que recibió este contrato. Reembolsaremos cualquier prima pagada incluyendo cualquier tarifa del contrato u otros cargos.

Renovación

La fecha de renovación para este contrato es de 12 meses desde la fecha efectiva de la cobertura. Este contrato se renovará automáticamente cada año en la fecha de renovación, a menos que de otra manera sea terminado por nosotros según lo permitido por este contrato o por usted a los 30 días con un aviso previo por escrito para nosotros.

Beneficios en la red.

Este contrato solo cubre beneficios en la red. Para recibir beneficios en la red usted debe recibir cuidado exclusivamente de proveedores y farmacias participantes en nuestra red de Empire quienes están ubicados dentro de nuestra área de servicio. El cuidado cubierto bajo este contrato (incluyendo hospitalización) debe ser provisto, coordinado o autorizado por adelantado por su proveedor de cuidado primario (PCP) y, cuando sea necesario, aprobado por nosotros. Con el fin de recibir los beneficios bajo este contrato, antes de obtener los servicios debe ponerse en contacto con su PCP, excepto para servicios para tratar una condición de emergencia descrita en la sección de **Servicios de emergencia y cuidado urgente** de este contrato. Excepto por el cuidado para una condición de emergencia o urgente descrita en la sección de **Servicios de emergencia y cuidado urgente** de este contrato, usted será responsable por pagar el costo de todo el cuidado que sea proporcionado por proveedores no participantes.

LEA DETENIDAMENTE TODO ESTE CONTRATO DESCRIBE LOS BENEFICIOS DISPONIBLES BAJO EL CONTRATO DEL GRUPO. ES SU RESPONSABILIDAD ENTENDER LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE CONTRATO.

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

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Stephenson', written in a cursive style.

Jack Stephenson
Presidente
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus

www.empireblue.com/nyessentialplan

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

ÍNDICE

SECCIÓN I – DEFINICIONES	4
SECCIÓN II - CÓMO FUNCIONA SU COBERTURA.....	10
SECCIÓN III - ACCESO AL CUIDADO Y CUIDADO DE TRANSICIÓN.....	17
SECCIÓN IV - GASTOS DE COSTO COMPARTIDO Y MONTO PERMITIDO.....	20
SECCIÓN V - QUIÉN ESTÁ CUBIERTO	21
SECCIÓN VI - CUIDADO PREVENTIVO.....	22
SECCIÓN VII - SERVICIOS DE AMBULANCIA Y MÉDICOS DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIOS	25
SECCIÓN VIII - SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CUIDADO URGENTE	26
SECCIÓN IX - SERVICIOS AMBULATORIOS Y PROFESIONALES.....	29
SECCIÓN X- BENEFICIOS ADICIONALES, EQUIPOS Y DISPOSITIVOS.....	37
SECCIÓN XI - SERVICIOS EN INTERNACIÓN	44
SECCIÓN XII - SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD MENTAL Y USO DE SUSTANCIAS	47
SECCIÓN XIII - COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	49
SECCIÓN XIV - BENEFICIOS DE BIENESTAR	59
SECCIÓN XV – PROGRAMA DE UNIDAD DE CUIDADO CENTRALIZADO PARA MANEJO DE ENFERMEDADES	61
SECCIÓN XVI – CUIDADO DE LA VISTA DE RUTINA	63
SECCIÓN XVII – CUIDADO DENTAL.....	64
SECCIÓN XVIII – EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	65
SECCIÓN XIX – DETERMINACIONES DE RECLAMOS	69
SECCIÓN XX – PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y QUEJAS.....	71
SECCIÓN XXI – REVISIÓN DE UTILIZACIÓN	73
SECCIÓN XXII – APELACIÓN EXTERNA	81
SECCIÓN XXIII – FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA	86
SECCIÓN XXIV – DERECHOS TEMPORALES DE SUSPENSIÓN PARA MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS	88
SECCIÓN XXV – DISPOSICIONES GENERALES.....	88
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA	96
ESSENTIAL PLAN SECCIÓN XXVII – EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS TABLA DE BENEFICIOS	101

SECCIÓN I - DEFINICIONES

Acute (Agudo): El inicio de una enfermedad o lesión, o un cambio en la condición del suscriptor que requeriría atención médica rápida.

Allowed amount (Monto permitido): El monto máximo sobre el cual está basado nuestro pago para servicios cubiertos. Consulte la sección de **Gastos de costo compartido y monto permitido** de este contrato para ver una descripción de cómo se calcula el monto permitido.

Ambulatory surgical center (Centro quirúrgico ambulatorio): Un centro actualmente autorizado por la agencia reguladora estatal apropiada para proporcionar servicios quirúrgicos y médicos relacionados en una forma ambulatoria.

Appeal (Apelación): Una solicitud nuestra para revisar nuevamente la decisión de la revisión de utilización o de una queja.

Balance billing (Facturación de saldos): Cuando un proveedor no participante le factura por la diferencia entre el cargo del proveedor no participante y el monto permitido. Un proveedor participante no puede hacerle una facturación de saldos por los servicios cubiertos.

Contract (Contrato): Este contrato emitido por Empire BlueCross BlueShield HealthPlus, incluyendo la Tabla de beneficios y cualquier otra cláusula adicional.

Coinsurance (Coseguro): Su parte de los costos de un servicio cubierto, calculado como el porcentaje del monto permitido para el servicio que usted debe pagar a un proveedor. La cantidad puede variar por el tipo de servicio cubierto.

Copay (Copago): Un monto fijo que paga directamente a un proveedor por un servicio cubierto cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar por el tipo de servicio cubierto.

Cost sharing (Costo compartido): Montos que debe pagar por servicios cubiertos, expresados como copagos y/o coseguro.

Cover, coverage or covered services (Cubrir, cobertura o servicios cubiertos): Los servicios necesarios por motivos médicos pagados, coordinados o autorizados para usted por nosotros bajo los términos y condiciones de este contrato.

Durable medical equipment (DME) (Equipos médicos duraderos (DME)): Los equipos médicos duraderos son equipos que:

- Están diseñados y proyectados para uso repetido.
- Son usados principal y habitualmente para servir a un propósito médico.
- Generalmente no le son útiles a una persona en la ausencia de enfermedad o lesión.
- Son apropiados para uso en el hogar.

Emergency condition (Condición de emergencia): Una condición médica o del comportamiento que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente, incluyendo dolor severo, de tal manera que una persona común prudente, que posea un conocimiento promedio de

medicina y salud, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata podría producir:

- Poner la salud de la persona afectada por dicha condición o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su hijo no nacido en peligro grave, o en el caso de una condición del comportamiento, ponga la salud de dicha persona u otros en peligro grave.
- Deterioro grave de las funciones corporales de dicha persona.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal de dicha persona.
- Desfiguración grave de dicha persona.

Emergency department care (Cuidado del departamento de emergencias): Servicios de emergencia que obtiene en el departamento de emergencias de un hospital.

Emergency services (Servicios de emergencia): Un examen diagnóstico médico que se encuentra dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un hospital, incluyendo servicios auxiliares rutinariamente disponibles en el departamento de emergencias para evaluar dicha condición de emergencia; y dentro de las capacidades del personal y centros disponibles en el hospital, dicho examen médico y tratamiento adicional según sean requeridos para estabilizar al paciente. “Estabilizar” es proporcionar dicho tratamiento médico de una condición de emergencia según pueda ser necesario para asegurar que, dentro de una probabilidad médica razonable; ningún deterioro material de la condición probablemente resulte de u ocurra durante la transferencia del paciente desde un centro, o el parto de un niño recién nacido (incluyendo la placenta).

Exclusions (Exclusiones): Servicios de cuidado de la salud que no pagamos ni cubrimos.

External appeal agent (Agente de apelación externa): Una entidad que ha sido certificada por el New York State Department of Financial Services para realizar apelaciones externas de acuerdo con la ley de New York.

Facility (Centro): Un hospital, centro quirúrgico ambulatorio, sala de partos, centro de diálisis, centro de rehabilitación, centro de enfermería especializada, hospicio, agencia de salud en el hogar o agencia de servicios de cuidado en el hogar certificada o autorizada según el Artículo 36 de la New York Public Health Law, un centro de cuidado integral para trastornos alimenticios de conformidad con el Artículo 27-J de la New York Public Health Law; y un centro definido en las Secciones 1.03(10) y (33) de la New York Mental Hygiene Law, certificado por la New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, o certificado según el Artículo 28 de la New York Public Health Law (o, en otros estados, un centro igualmente certificado o autorizado). Si recibe tratamiento para trastornos por el uso de sustancias fuera del Estado de New York, un centro también incluye uno el cual esté acreditado por la Joint Commission para proporcionar un programa de tratamiento para trastornos por el uso de sustancias.

Federal Poverty Level (FPL) (Nivel federal de pobreza (FPL)): Una medida del nivel de ingresos emitido anualmente por el U.S. Department of Health and Human Services. Los niveles federales de pobreza se usan para determinar su elegibilidad para ciertos programas y beneficios, incluyendo el Essential Plan y son actualizados anualmente.

Grievance (Queja): Una queja que puede comunicarnos que no incluye una determinación de la revisión de utilización.

Habilitation services (Servicios de habilitación): Servicios de cuidado de la salud que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento del diario vivir. Los Servicios habilitativos incluyen el manejo de limitaciones y discapacidades, incluyendo los servicios o programas que ayudan a mantener o prevenir el deterioro en la función física, cognitiva o conductual. Estos servicios consisten en terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.

Health care professional (Profesional de cuidado de la salud): Un médico, dentista, optómetra, quiropráctico, psicólogo, trabajador social, podiatra, terapeuta físico, terapeuta ocupacional, partera, patólogo del habla-lenguaje, audiólogo, farmacéutico, analista del comportamiento autorizado, registrado o certificado apropiadamente; o cualquier otro profesional del cuidado de la salud autorizado, registrado o certificado según el Título 8 de la New York Education Law (u otra ley estatal comparable, si aplica) que exige la New York Insurance Law que sea reconocida y que hace cargos y factura a pacientes por servicios cubiertos. Los servicios del profesional de cuidado de la salud deben ser ofrecidos dentro del alcance legal de práctica para ese tipo de proveedor con el fin de ser cubiertos conforme a este contrato.

Home health agency (Agencia de salud en el hogar): Una organización actualmente certificada o autorizada por el Estado de New York o el estado en el cual opera u ofrece servicios de cuidado de la salud en el hogar.

Hospice care (Cuidado de hospicio): Cuidado que ofrece comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias y que le es ofrecido por una organización de hospicio certificada de conformidad con el Artículo 40 de la New York Public Health Law o según un proceso similar de certificación exigido por el estado en el cual está ubicada la organización del hospicio.

Hospital: Un hospital a corto plazo, agudo y general, el cual:

- Está principalmente dedicado a proveer, por y bajo la supervisión continua de médicos, a pacientes, servicios de diagnóstico y servicios terapéuticos para diagnósticos, tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas.
- Tenga departamentos organizados de medicina y cirugía mayor.
- Tiene 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, tiene en vigencia un plan de revisión de hospitalización aplicable para todos los pacientes que cumplan al menos los estándares establecidos en 42 U.S.C. Sección 1395x(k).
- Esté debidamente autorizado por la agencia responsable por la autorización de dichos hospitales.
- No es, 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.

Hospital no significa un resort de salud, spa o enfermerías en escuelas o campos.

Hospitalization (Hospitalización): Cuidado en un hospital que exige de una admisión como paciente hospitalizado que generalmente requiere una estadía por la noche.

Hospital outpatient care (Cuidado ambulatorio en el hospital): Cuidado en un hospital que generalmente no requiere de una estadía por la noche.

Lawfully present immigrant (Inmigrante que se encuentra legalmente en el país): El término “se encuentra legalmente en el país” incluye inmigrantes que tienen:

- Estado de inmigración de “no ciudadano calificado” sin periodo de espera.
- Estados o circunstancias humanitarias (incluyendo el Estado de protegido temporalmente, Estado juvenil especial, solicitantes de asilo, Convención contra la tortura, víctimas del tráfico).
- Visas de no inmigrante válidas.
- Estado legal conferido por otras leyes (estado de residente temporal, Ley LIFE, Family Unity Individuals). Para consultar el listado completo de estados elegibles de inmigración, visite el sitio web en www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status o llame al NY State of Health al 1-855-355-5777.

Medically necessary (Necesario por motivos médicos): Consulte la sección de **Cómo trabaja su cobertura** de este contrato para la definición.

Medicare: Título XVII de la Social Security Act y sus enmiendas.

New York State of Health (NYSOH): El NY State of Health, The Official Health Plan Marketplace. El NYSOH es un mercado donde las personas, familias y negocios pequeños pueden aprender sobre sus opciones de seguro de salud; comparar planes basados en costo, beneficios y otras características importantes, solicitar y recibir ayuda financiera con el pago de primas y costo compartido con base en los ingresos, elegir un plan e inscribirse en cobertura. El NYSOH también ayuda a los consumidores elegibles a inscribirse en otros programas, incluyendo Medicaid, Child Health Plus y el Essential Plan.

Nonparticipating provider (Proveedor no participante): Un proveedor que no tiene un contrato con nosotros para ofrecerle servicios a usted. Los servicios de proveedores no participantes están cubiertos solamente para Servicios de emergencia o cuidado urgente o cuando sea autorizado por nosotros.

Out-of-pocket limit (Límite de costos de su bolsillo): Lo más que paga durante un año del plan en el costo compartido antes de que comencemos a pagar el 100 por ciento del monto permitido para servicios cubiertos. Este límite nunca incluye su prima, los cargos de facturación de saldos o el costo de los servicios de cuidado de la salud que no cubrimos.

Participating provider (Proveedor participante): Un proveedor que tiene un contrato con nosotros para ofrecerle servicios a usted. Un listado de los proveedores participantes y sus ubicaciones está disponible en nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan o al solicitarnos. El listado será revisado ocasionalmente por nosotros.

Physician or physician services (Médico o servicios médicos): Servicios de cuidado de la salud proporcionados o coordinados por un médico certificado (MD — Doctor en medicina o DO — Doctor en medicina osteopática).

Plan year (Año del plan): El periodo de 12 meses comienza en la fecha efectiva del contrato o cualquier fecha de aniversario subsiguiente, durante la cual el contrato está vigente.

Preauthorization (Autorización previa): Una decisión tomada por nosotros antes de que usted reciba un servicio cubierto, procedimiento, plan de tratamiento, dispositivo o medicamento recetado de que el servicio cubierto, procedimiento, plan de tratamiento, dispositivo o medicamento recetado sean necesarios por motivos médicos. Nosotros le indicamos cuáles servicios cubiertos requieren una autorización previa en la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato.

Premium (Prima): La cantidad que debe ser pagada por su cobertura de seguro de salud.

Prescription drugs (Medicamentos recetados): Un medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) y que puede, según la ley federal o estatal, ser dispensado únicamente según una receta o reabastecimiento y está en nuestro formulario. Un medicamento recetado incluye un medicamento que, debido a sus características, es apropiado para la autoadministración o administración por un cuidador no especializado.

Primary care provider (PCP) (Proveedor de cuidado primario (PCP)): Una enfermera profesional o proveedor participante que generalmente es un proveedor de medicina interna o de familia y quien le ofrece y coordina directamente un rango de servicios de cuidado de la salud.

Provider (Proveedor): Un médico, profesional o centro de cuidado de la salud autorizado, registrado, certificado o acreditado tal como lo exige la ley estatal. Un proveedor también incluye un proveedor o dispensador de equipo y suministros para la diabetes, equipo médico duradero, suministros médicos, o cualquier otro equipo o suministros que están cubiertos de conformidad con este contrato que está autorizado, registrado, certificado o acreditado tal como lo exige la ley estatal.

Referral (Referido): Una autorización dada a un proveedor participante de otro proveedor participante (generalmente de un PCP para un especialista participante) con el fin de coordinar cuidado adicional para el suscriptor. Una autorización preliminar puede ser transmitida por su proveedor al completar un formulario impreso de autorización previa. No se pide una autorización previa, pero se necesita con el fin de que usted pague el costo compartido más bajo para ciertos servicios en la sección de la Tabla de beneficios de este contrato.

Rehabilitation services (Servicios de rehabilitación): Servicios de cuidado de la salud que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y funcionamiento del diario vivir que ha sido perdido o deteriorado debido a que la persona estaba enferma, herida, o discapacitada. Estos servicios consisten en terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla en un entorno en internación y/o ambulatorio.

Schedule of benefits (Tabla de beneficios): La sección de este contrato que describe los copagos, coseguros, límites de costos de su bolsillo, requerimientos de autorización previa, autorización preliminar y otros límites en servicios cubiertos.

Service area (Área de servicio): El área geográfica designada por nosotros y aprobada por el Estado de New York, en la cual proporcionamos cobertura. Nuestra área de servicio consiste de: Condado New York, Putnam y Nassau Bronx, Kings, Nassau, New York, Putnam, Queens y Richmond.

Skilled nursing facility (Centro de enfermería especializada): Una institución o una parte distinta de una institución que está:

- Actualmente certificada o aprobada bajo la ley estatal o local
- Dedicada principalmente a ofrecer cuidado de enfermería especializada y servicios relacionados como centro de enfermería especializada, centro de cuidado extendido o centro de cuidado de enfermería aprobado por la Joint Commission o el Bureau of Hospitals of the American Osteopathic Association, o como un centro de enfermería especializada de acuerdo con Medicare, o según sea determinado de otra manera por nosotros para cumplir con los estándares de cualquiera de estas autoridades.

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

Subscriber (Suscriptor): La persona a quien se le emite este contrato. Siempre que a un suscriptor se le exija que proporcione un aviso de conformidad con una queja o admisión o visita al departamento de Emergencias, suscriptor también significa el representante del suscriptor.

UCR (Usual, Customary and Reasonable) (UCR (Usual, acostumbrado y razonable)): El costo de un servicio médico en un área geográfica en base a qué proveedores en el área generalmente cobran por el mismo servicio médico o similar.

Urgent care (Cuidado urgente): Cuidado médico para una enfermedad, lesión o condición lo suficiente grave que una persona razonable buscaría atención inmediatamente, pero no tan severa en cuanto a requerir el cuidado del departamento de cuidado de emergencias. El cuidado urgente puede ser dado en el consultorio de un proveedor o en un centro de cuidado urgente.

Urgent care center (Centro de cuidado urgente): Un centro autorizado diferente a un hospital que ofrece cuidado urgente.

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

Utilization review (Revisión de utilización): La revisión para determinar si los servicios son o fueron necesarios por motivos médicos o experimentales o investigativos (esto es, tratamiento para una enfermedad rara o un ensayo clínico).

You, Your (Usted, suyo): El suscriptor.

SECCIÓN II - CÓMO FUNCIONA SU COBERTURA

A. Su cobertura según este contrato

Usted ha comprado o se ha registrado en un Essential Plan. Le proporcionaremos los beneficios descritos en este contrato. Debe mantener este contrato con sus otros documentos importantes de manera que esté disponible para su referencia futura.

B. Servicios cubiertos

Recibirá servicios cubiertos bajo los términos y condiciones de este contrato solamente cuando el servicio cubierto cumpla sea todas estas condiciones:

- Necesario por motivos médicos
- Proporcionado por un proveedor participante
- Listado como un servicio cubierto
- No sea en exceso de cualquier limitación de beneficios descrita en la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato
- Recibido mientras su contrato esté vigente

Cuando se encuentre fuera de nuestra área de servicio, la cobertura está limitada a servicios de emergencia, servicios médicos de emergencia prehospitalaria y servicios de ambulancia para tratar una condición de emergencia.

C. Proveedores participantes

Para averiguar si un proveedor es un proveedor participante, puede hacer una de las siguientes cosas:

- Revise su directorio de proveedores, disponible a solicitud suya.
- Llame al 1-800-300-8181 (TTY 711),
- Visite nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan.

D. El rol de los proveedores de cuidado primario

Este contrato tiene un médico de cabecera, generalmente conocido como proveedor de cuidado primario (PCP). Aunque a usted se le exhorta a recibir cuidado de su PCP, no necesita un referido escrito de un PCP antes de recibir cuidado de un especialista. Puede seleccionar cualquier PCP participante que esté disponible del listado de los PCP en el Essential Plan. En ciertas circunstancias, puede designar a un especialista como su PCP. Consulte la **sección de Acceso a cuidado y cuidado de transición** de este contrato para obtener mayor información sobre la designación de un especialista.

Para los propósitos de costo compartido, si busca los servicios de un PCP (o un proveedor que cubra al PCP) quien tiene una especialidad primaria o secundaria diferente a la de la práctica general, práctica familiar, medicina interna, pediatría y obstetricia/ginecología, debe pagar el costo compartido de la visita al consultorio de la especialidad en la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato cuando los servicios provistos estén relacionados con cuidado de especialidad.

1. Servicios que no requieren un referido de su PCP

Su PCP es responsable de determinar el tratamiento más apropiado para sus necesidades de cuidado de su salud. No necesita un referido de su PCP para los siguientes servicios de un proveedor participante:

- Servicios de obstetricia y ginecología primaria y preventiva incluyendo exámenes anuales, cuidado que resulte de dichos exámenes anuales, tratamiento de condiciones

- agudas de ginecología o para cualquier cuidado relacionado con un embarazo de un proveedor participante calificado de dichos servicios
- Servicios de emergencia
 - Servicios médicos de emergencia prehospitalaria y transporte de emergencia en una ambulancia
 - Cuidado urgente
 - Servicios quiroprácticos
 - Cuidado de la salud mental ambulatorio
 - Exámenes de refracción ocular de un optómetra
 - Exámenes de ojo diabético de un oftalmólogo

Sin embargo, el proveedor participante debe:

- Conversar sobre los servicios y el plan de tratamiento con su PCP.
- Estar de acuerdo en seguir nuestras políticas y procedimientos, incluyendo cualquier procedimiento con respecto a referidos o referido para servicios que o sean servicios obstétricos y ginecológicos prestados por dicho proveedor participante.
- Estar de acuerdo en proporcionar servicios de conformidad con un plan de tratamiento (de haber alguno) aprobado por nosotros.

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

2. Acceso a proveedores y cambio de proveedores

Algunas veces los proveedores en nuestro directorio de proveedores no están disponibles. Antes de notificarnos del PCP que seleccionó, debe llamar al PCP para asegurarse de que él o ella están aceptando pacientes nuevos.

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

Puede cambiar su PCP llamando a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711) durante los primeros 30 días después de su primera cita con su PCP. Después de eso, puede cambiarlo una vez cada seis meses sin una causa, o más a menudo si tiene un buen motivo. También puede cambiar su obstetra/ginecólogo o un especialista a quien lo haya referido su PCP.

E. Servicios fuera de la red

Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos excepto los servicios de emergencia o a menos que estén cubiertos específicamente en este contrato.

F. Servicios sujetos a autorización previa

Nuestra autorización previa se necesita antes de que usted reciba ciertos servicios cubiertos. Su PCP es responsable por solicitar la autorización previa para servicios en la red listados en la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato.

G. Procedimiento para la autorización previa

Si busca cobertura para servicios que necesiten una autorización previa, su proveedor debe llamarnos al 1-800-300-8181 (TTY 711).

Su proveedor debe ponerse en contacto con nosotros para solicitar la autorización previa de la siguiente forma:

- Por lo menos dos semanas antes de una admisión o cirugía planeada cuando su proveedor recomienda la hospitalización del paciente. Si eso no es posible, entonces tan pronto como sea razonablemente posible durante horas laborales regulares antes de la admisión.
- Por lo menos dos semanas antes de una cirugía ambulatoria o cualquier procedimiento de cuidado ambulatorio cuando su proveedor recomienda que se lleve a cabo la cirugía o procedimiento en una unidad quirúrgica ambulatoria de un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria. Si no es posible, entonces tan pronto sea razonablemente posible durante horas laborales regulares antes de la cirugía o procedimiento.
- Dentro de los primeros tres meses de un embarazo, o tan pronto sea razonablemente posible y nuevamente dentro de 48 horas después de la fecha del parto actual si se espera que su estadía en el hospital se extenderá más allá de 48 horas por un parto vaginal o de 96 horas por una cesárea.
- Antes de que se presten servicios de ambulancia aérea para una condición que no sea de emergencia.

Después de recibir una solicitud para aprobación, revisaremos los motivos para su tratamiento planeado y determinaremos si hay beneficios disponibles. Los criterios estarán basados en muchas fuentes las cuales pueden incluir políticas médicas, directrices clínicas y de farmacia y terapéuticas.

H. Administración médica

Los beneficios disponibles para usted según este contrato están sujetos a revisiones previas del servicio, concurrentes y retrospectivas para determinar cuándo deberemos cubrir los servicios. El propósito de estas revisiones es promover la prestación de un cuidado médico rentable al revisar el uso de los procedimientos y, cuando sea apropiado, el entorno o lugar donde se realizan los servicios. Los servicios cubiertos deben ser necesarios por motivos médicos para que se ofrezcan los beneficios.

I. Necesidad médica

Cubrimos los beneficios descritos en este contrato mientras el servicio de cuidado de la salud, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo, medicamento recetado o suministro (llamado conjuntamente “servicio”) sea necesario por motivos médicos. El hecho de que un proveedor haya suministrado, recetado, ordenado, recomendado, o aprobado el servicio no lo hace necesario por motivos médicos o signifique que tengamos que cubrirlo.

Podemos basar nuestra decisión en una revisión de lo siguiente:

- Sus registros médicos
- Nuestras políticas médicas y directrices clínicas
- Opiniones médicas de una sociedad de profesionales, el comité de revisión de colegas u otros grupos de proveedores
- Informes de literatura médica revisada por colegas
- Informes y directrices publicados por organizaciones de cuidado de la salud reconocidas a nivel nacional que incluye el apoyo de información científica
- Estándares profesionales de seguridad y efectividad, los cuales son reconocidos generalmente en los Estados Unidos para el diagnóstico, cuidado, o tratamiento
- La opinión de profesionales de cuidado de la salud en la especialidad de salud reconocida generalmente involucrada
- La opinión de proveedores tratantes, los cuales tienen credibilidad, pero no anulan las condiciones contrarias

Los servicios serán considerados necesarios por motivos médicos solo si:

- Son clínicamente apropiados en términos del tipo, la frecuencia, la extensión, el lugar y la duración, y considerados efectivos para su afección, lesión, o enfermedad.
- Son requeridos para el cuidado y tratamiento directo o manejo de esa condición.
- Su condición podría estar afectada adversamente si no se proporcionan los servicios.
- Son proporcionados de acuerdo con estándares de la práctica médica aceptados generalmente.
- No son principalmente para su conveniencia, la de su familia o su proveedor.
- No son más costosos que un servicio alterno o secuencia de servicios, el cual es al menos tan probable de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalente.
- Cuando el entorno o lugar de servicio es parte de la revisión, los servicios que le pueden ser proporcionados con seguridad en un entorno de costos más bajos no serán necesarios por motivos médicos si estos son realizados en un entorno de costos más altos. Por ejemplo, no ofreceremos cobertura para una admisión para cirugía de hospitalización si la cirugía podría haber sido realizada en una forma ambulatoria o una infusión o inyección de fármacos de la especialidad es proporcionada en el departamento ambulatorio de un hospital, si el fármaco podría ser proporcionado en el consultorio del médico o en el entorno del hogar.

Consulte las **secciones de Revisión de utilización y Apelación externa** de este contrato para enterarse de su derecho a una Apelación interna y externa de nuestra determinación de que el servicio no es necesario por motivos médicos.

J. Protección contra facturas sorpresas

Una factura sorpresa es una factura que usted recibe por los servicios cubiertos en las siguientes circunstancias:

- Por servicios realizados por un proveedor no participante en un hospital participante o centro quirúrgico ambulatorio, cuando:
 - Un proveedor participante no está disponible al momento que se realizan los servicios de cuidado de la salud.
 - Un proveedor no participante realiza servicios sin su conocimiento.

- Problemas o servicios médicos imprevistos surgen en el momento que se realizan los servicios de cuidado de la salud.
- El proveedor está disponible y usted eligió recibir servicios de un proveedor no participante.
- Usted fue referido por un médico participante a un proveedor no participante sin su consentimiento explícito escrito reconociendo que la autorización previa es para un proveedor no participante y puede resultar en costos no cubiertos por nosotros. Para una factura sorpresa, una autorización previa para un proveedor no participante significa que:
 - Los servicios cubiertos son realizados por un proveedor no participante en el consultorio o práctica del proveedor participante durante la misma visita.
 - El médico participante envía un espécimen tomado de usted en el consultorio del médico participante a un laboratorio o patólogo no participante.
 - Para cualquier otro servicio cubierto realizado por un proveedor no participante a solicitud del médico participante, cuando las autorizaciones previas son exigidas según su contrato.

Usted será eximido de responsabilidad por cualquier cargo de un proveedor no participante por la factura sorpresa que exceda su copago, deducible o coseguro si usted cede, por escrito, los beneficios al proveedor no participante. En dichos casos, el proveedor no participante solamente puede facturarle por su copago, deducible o coseguro.

El formulario de cesión de beneficios para las facturas sorpresas está disponible en www.dfs.ny.gov o puede visitar nuestro sitio web www.empireblue.com/nyessentialplan para obtener una copia del formulario. Usted debe enviarnos una copia del formulario de cesión de beneficios a la dirección en nuestro sitio web, su tarjeta de identificación y a su proveedor.

Proceso independiente de resolución de disputas

Ya sea Empire o un proveedor puede presentar una disputa que involucre una factura sorpresa a una entidad independiente de resolución de disputa (IDRE) asignada por el estado. Las disputas son presentadas completando el formulario de solicitud de la IDRE, el cual puede ser encontrado en www.dfs.ny.gov. La IDRE determinará si nuestro pago o el cargo del proveedor es razonable en un plazo de 30 días después de recibir la disputa.

K. Entrega de servicios cubiertos usando Telehealth

Telehealth significa el uso de información electrónica y tecnologías de comunicación por un proveedor para brindarle los servicios cubiertos mientras su ubicación es diferente de la ubicación de su proveedor. Si su proveedor ofrece servicios cubiertos usando Telehealth, no denegaremos los servicios cubiertos porque estos son brindados usando Telehealth. Los servicios cubiertos usando Telehealth pueden estar sujetos a la revisión de utilización y a los requerimientos de control de calidad y otros términos y condiciones del contrato que son por lo menos tan favorables como aquellos requerimientos por el mismo servicio cuando no es brindado usando telehealth.

L. Manejo de caso

El manejo de caso ayuda a coordinar servicios para miembros con necesidades de cuidado de la salud debido a condiciones de salud graves, complejas y/o crónicas. Nuestros programas coordinan los beneficios y educan a los miembros que acuerdan tomar parte en el programa de manejo de caso para ayudar a satisfacer sus necesidades relacionadas con la salud.

Nuestros programas de manejo de caso son confidenciales y voluntarios. Estos programas se los damos sin costo adicional y no cambia los servicios cubiertos. Si usted cumple con los criterios del programa y acuerda tomar parte, le ayudaremos a satisfacer sus necesidades identificadas de cuidado de la salud. Esto se alcanza a través del contacto y trabajo en equipo con usted y/o su representante autorizado, proveedor(es) tratante(s) y otros proveedores. Además, podemos ayudar en la coordinación del cuidado con los programas existentes basados en la comunidad y los servicios que satisfagan sus necesidades, los cuales pueden incluir darle información sobre agencias externas y programas y servicios basados en la comunidad.

En ciertos casos de enfermedad o lesión severa o crónica, podemos proporcionar beneficios para el cuidado alternativo a través de nuestro programa de manejo de caso que no está listado como un servicio cubierto. También podemos extender los servicios cubiertos más allá de los máximos beneficios de este contrato. Tomaremos nuestra decisión en base a cada caso si determinamos que el beneficio alternativo o extendido es en el mejor interés para usted y nosotros.

Nada en esta disposición le impedirá apelar nuestra decisión. Una decisión para proporcionar beneficios extendidos o aprobar cuidado alternativo en un caso no nos obliga a proporcionarle los mismos beneficios nuevamente a usted o a cualquier otro miembro. Nos reservamos el derecho, en cualquier momento, de alterar o detener la prestación de beneficios extendidos o aprobar un cuidado alternativo. En dichos casos, le notificaremos por escrito a usted o a su representante.

M. Números telefónicos y direcciones importantes

Servicios al Miembro: 1-800-300-8181 (TTY 711)

Representantes de Servicios al Miembro están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. y sábados de 9 a.m. a 5 p.m. hora del Este.

Reclamos

Envíe los formularios de reclamo a esta dirección:

Claims

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus

P.O. Box 61010

Virginia Beach, VA 23466-1010

Apelaciones de reclamos, quejas y revisión de utilización

Llame al 1-866-696-4701 de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o envíelos por correo a la siguiente dirección:

Medical Appeals Department

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23466-2429

Formulario de cesión de beneficios
NYS Department of Financial Services
Consumer Assistance Unit/IDR Process
1 Commerce Plaza
Albany, NY 12257

Servicios de salud del comportamiento
1-800-300-8181

Nuestro sitio web: www.empireblue.com/nyessentialplan

SECCIÓN III - ACCESO AL CUIDADO Y CUIDADO DE TRANSICIÓN

A. Referido a un proveedor no participante

Si determinamos que no tenemos un proveedor participante que tenga la capacitación y experiencia adecuada para tratar su condición, aprobaremos una autorización previa para un proveedor no participante adecuado. Su proveedor participante debe solicitar una aprobación preliminar de la autorización previa para un proveedor no participante específico. Las aprobaciones de autorizaciones previas para proveedores no participantes no se harán para su conveniencia o la de otro proveedor tratante y puede no ser necesariamente para el proveedor no participante específico que usted solicitó. Si aprobamos la autorización previa, todos los servicios realizados por el proveedor no participante están sujetos a un plan de tratamiento aprobado por nosotros en consulta con su PCP, el proveedor no participante y usted. Los servicios cubiertos prestados por el proveedor no participante serán pagados como si estos fuesen proporcionados por un proveedor participante. Usted solo será responsable por cualquier costo compartido aplicable en la red. En el caso de que no fuese aprobada una autorización previa, cualquier servicio prestado por un proveedor no participante no será cubierto.

B. Cuándo un especialista puede ser su proveedor de cuidado primario

Si usted tiene una condición o enfermedad que amenaza su vida o una condición o enfermedad degenerativa y de discapacidad que requiera de un cuidado de especialidad durante un largo periodo de tiempo, puede solicitar que un especialista quien sea un proveedor participante sea su PCP. Consultaremos con el especialista y su PCP y decidiremos si el especialista debe ser su PCP. Cualquier autorización previa será según un plan de tratamiento aprobado por nosotros en consulta con su PCP, el especialista y usted. No aprobaremos un especialista no participante a menos que determinemos que no tenemos un proveedor adecuado en nuestra red. Si aprobamos un especialista no participante, los servicios cubiertos prestados por el especialista no participantes según el plan de tratamiento aprobado serán pagados como si estos fuesen proporcionados por un proveedor participante. Usted solo será responsable por cualquier costo compartido aplicable en la red.

C. Autorización previa permanente para un especialista participante

Si necesita cuidado de especialidad de manera continua, puede recibir una “autorización previa permanente” para un especialista quien sea un proveedor participante. Esto significa que usted no necesitará un nuevo referido de su PCP cada vez que necesite ver a ese especialista. Consultaremos con el especialista y su PCP y decidiremos si usted debe tener una autorización previa permanente. Cualquier autorización previa será según un plan de tratamiento aprobado por nosotros en consulta con su PCP, el especialista y usted. El plan de tratamiento puede limitar el número de visitas, o el periodo durante el cual están autorizadas las visitas y puede necesitar que el especialista le proporcione a su PCP actualizaciones regulares sobre el cuidado de especialidad provisto como también toda la información médica necesaria. No aprobaremos una autorización previa permanente para un especialista no participante a menos que determinemos que no tenemos un proveedor adecuado en nuestra red. Si aprobamos una autorización previa permanente para un especialista no participante, los servicios cubiertos prestados por dicho especialista según el plan de tratamiento aprobado serán pagados como si estos fuesen proporcionados por un proveedor participante. Usted solo será responsable por cualquier costo compartido aplicable en la red.

D. Centro de cuidado de especialidad

Si usted tiene una condición o enfermedad que amenaza su vida o una condición o enfermedad degenerativa o de discapacidad que requiera un cuidado de especialidad durante un largo periodo de tiempo, puede solicitar una autorización previa para un centro de cuidado de especialidad con experiencia en tratar su condición o enfermedad. Un centro de cuidado de especialidad es un centro que tiene una acreditación o designación de una agencia estatal, del gobierno federal o de una organización nacional de salud en su calidad de tener experiencia especial para tratar su enfermedad o condición. Consultaremos con su PCP, su especialista y el centro de cuidado de especialidad para decidir si aprobamos dicha autorización previa. Cualquier autorización previa será según el plan de tratamiento desarrollado por el centro de cuidado de especialidad y aprobado por nosotros en consulta con su PCP o especialista y usted. No aprobaremos una autorización previa para un centro de cuidado de especialidad no participante a menos que determinemos que no tenemos un centro de cuidado de especialidad adecuado en nuestra red. Si aprobamos una autorización previa para un centro de cuidado de especialidad no participante, los servicios cubiertos prestados por dicho centro no participante según el plan de tratamiento aprobado serán pagados como si estos fuesen proporcionados por un centro de cuidado de especialidad participante. Usted solo será responsable por cualquier costo compartido aplicable en la red.

E. Cuando su proveedor deja la red

Si usted está actualmente en un curso de tratamiento cuando su proveedor deja nuestra red, entonces es posible que pueda continuar recibiendo servicios cubiertos para el tratamiento en curso del antiguo proveedor participante por hasta 90 días desde la fecha en que la obligación contractual de su proveedor de proporcionarle los servicios a usted termine.

Con el fin de que usted continúe recibiendo los servicios cubiertos por hasta 90 días o a través de un embarazo con un antiguo proveedor participante, este debe aceptar como pago la tarifa negociada que estaba vigente justo antes de la terminación de nuestra relación con el proveedor. El proveedor también debe aceptar proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con su cuidado y cumplir con nuestras políticas y procedimientos, incluyendo aquellos para asegurar la calidad del cuidado, obtener una autorización previa, autorizaciones previas y un plan de tratamiento aprobado por nosotros. Si el proveedor acepta estas condiciones, usted recibirá los servicios cubiertos como si estos estuviesen siendo proporcionados por un proveedor participante. Usted solo será responsable por cualquier costo compartido aplicable en la red. Observe que, si el proveedor fue despedido por nosotros debido a un fraude, daño inminente a pacientes o una acción disciplinaria final por una junta o agencia estatal que perjudique la habilidad del proveedor para practicar, el tratamiento continuado con ese proveedor no está disponible.

F. Miembros nuevos en un curso de tratamiento

Si usted está actualmente en un curso de tratamiento con un proveedor no participante cuando su cobertura según lo dispuesto en este contrato entra en vigencia, es posible que pueda recibir servicios cubiertos para el tratamiento en curso del proveedor no participante por hasta 60 días de la fecha efectiva de su cobertura según este contrato. Este curso de tratamiento debe ser para una enfermedad o condición que amenace su vida o una condición o enfermedad degenerativa o de discapacidad. También puede continuar el cuidado con un proveedor no participante si está en el segundo o tercer trimestre de embarazo cuando su cobertura según este contrato entra en vigencia. Tal vez pueda continuar recibiendo cuidado a través del parto y cualquier servicio postparto directamente relacionado con el parto.

Con el fin de que usted continúe recibiendo los servicios cubiertos por hasta 60 días o a través del embarazo, el proveedor no participante debe aceptar como pago nuestras tarifas por dichos servicios. El proveedor también debe aceptar proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con su cuidado y cumplir con nuestras políticas y procedimientos incluyendo aquellos para asegurar la calidad del cuidado, obtener una autorización previa, autorizaciones previas y un plan de tratamiento aprobado por nosotros. Si el proveedor acepta estas condiciones, usted recibirá los servicios cubiertos como si estos estuviesen siendo proporcionados por un proveedor participante. Usted solo será responsable por cualquier costo compartido aplicable en la red.

SECCIÓN IV - GASTOS DE COSTO COMPARTIDO Y MONTO PERMITIDO

A. Copagos

Excepto donde se establezca lo contrario, usted debe pagar los copagos, o montos fijos, descritos en la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato para los servicios cubiertos. Sin embargo, cuando el monto permitido para un servicio sea menor que el copago, usted es responsable por el monto más bajo.

B. Coseguro

Excepto donde se establezca lo contrario, usted debe pagar un porcentaje del monto permitido por los servicios cubiertos. Pagaremos el resto del porcentaje del monto permitido tal como lo muestra la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato.

C. Límite de costos de su bolsillo

Cuando usted ha llegado a su límite de costos de su bolsillo en el pago de los copagos y coseguro por un año del plan descrito en la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato, proporcionaremos cobertura del 100 por ciento del monto permitido para los servicios cubiertos para el resto de ese año del plan.

El límite de costos de su bolsillo trabaja con base en un año del plan.

D. Monto permitido

“Monto permitido” significa el monto máximo que pagaremos por los servicios o suministros cubiertos bajo este contrato, antes de que se reste cualquier monto de copago o coseguro aplicable. Determinamos nuestro monto permitido de esta manera:

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

Nuestros pagos a proveedores participantes pueden incluir incentivos financieros para ayudar a mejorar la calidad del cuidado y promover la prestación de servicios cubiertos en una manera económica. Los pagos bajo este programa de incentivos financieros no son hechos como pago por un servicio cubierto específico que le proporcionan. Su costo compartido no cambiará con base en ningún pago hecho a o recibido de proveedores participantes como parte del programa de incentivos financieros.

Productos farmacéuticos administrados por un médico

Para los productos farmacéuticos administrados por un médico, usamos metodologías de desfase que son similares a la metodología de fijación de precios usada por los Centers for Medicare and Medicaid Services y producimos costos basados en costos de adquisición publicados o precio mayorista promedio para los productos farmacéuticos. Estas metodologías son creadas actualmente por RJ Health Systems, Thomson Reuters (publicadas en su Libro Rojo) o nosotros con base en un recurso de fijación de precios de productos farmacéuticos desarrollado internamente si las otras metodologías no tienen datos de fijación de precios disponibles para un producto farmacéutico administrado por un médico o circunstancias especiales apoyan un ajuste al alza a la otra metodología de fijación de precios.

Consulte la **sección de Servicios de emergencia y cuidado urgente** de este contrato para ver el monto permitido para una condición de emergencia.

SECCIÓN V - QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

A. Quién está cubierto bajo este contrato. Usted, el suscriptor a quien se le emitió este contrato, está cubierto según este contrato. Usted debe vivir o residir en nuestra área de servicio para estar cubierto según este contrato. Debe tener ingresos familiares por encima del 138 por ciento hasta el 200 por ciento del Nivel federal de pobreza. Si está inscrito en Medicare o Medicaid, usted no es elegible para comprar este contrato. También, si sus ingresos están por encima del 138 por ciento del Nivel federal de pobreza, usted no es elegible para comprar este contrato, si tiene menos de 19 años, es mayor de 64 años, o está embarazada.

Usted debe informar los cambios que podrían afectar su elegibilidad durante todo el año, incluyendo si queda embarazada. Si usted queda embarazada mientras está inscrita en este producto, se hace elegible para obtener Medicaid. Exhortamos enfáticamente a las mujeres embarazadas a inscribirse en Medicaid para garantizar que los recién nacidos tengan cobertura continua desde su nacimiento, ya que los recién nacidos no están cubiertos bajo del Essential Plan. Si usted hace la transición a Medicaid, su recién nacido será inscrito automáticamente en Medicaid desde su nacimiento sin una interrupción de cobertura.

B. Tipos de cobertura

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

C. Inscripción

Usted puede inscribirse en este contrato en cualquier momento del año. Si el NYSOH recibe su selección el o antes del día 15 de cualquier mes, su cobertura comenzará en el 1er día del siguiente mes, siempre y cuando cualquier pago aplicable de la prima sea recibido para entonces. Si el NYSOH recibe su selección el o antes del día 16 del mes, su cobertura comenzará el 1ero del mes sucesivo siguiente. Por ejemplo, si usted hace una selección el 16 de enero, su cobertura comenzará el 1 de marzo. Su primer pago de la prima debe ser recibido a más tardar en 10 días dentro del primer mes de la cobertura o 10 días a partir de la fecha del recibo de la factura, la que sea posterior. Si el NYSOH recibe su selección el o antes del 15 de diciembre de 2016, su cobertura comenzará el 1 de enero de 2017, siempre y cuando se reciba el pago aplicable de la prima a más tardar el 10 de enero de 2017, o en 10 días de la fecha de recibir la factura, la que sea posterior.

Usted puede inscribirse bajo este contrato en cualquier momento del año. Si usted es un solicitante nuevo para cobertura a través del NYSOH, su cobertura comenzará en el primer día del mes de cuando se hizo su selección del plan. Por ejemplo, si el NYSOH recibe su selección del Essential Plan el 18 de febrero, la cobertura bajo el plan comenzará el 1 de febrero. Todos los servicios que reciba entre el 1 al 18 de febrero serán cubiertos por nosotros. Si tenía una cobertura a través del NYSOH bajo un programa o plan diferente y se cambia a un Essential Plan, su cobertura comenzará el 1ero del siguiente mes de su selección del plan. Por ejemplo, si selecciona un Essential Plan el 19 de febrero de 2016, su cobertura comenzaría del 1 de marzo de 2016.

SECCIÓN VI - CUIDADO PREVENTIVO

Consulte la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato para ver los requisitos de costo compartido, límites de días o visitas, y cualquier autorización previa o los requisitos para dicha autorización que aplica a estos beneficios.

Cuidado preventivo

Cubrimos los siguientes servicios para el propósito de promover la buena salud y la detección temprana de enfermedades. Los servicios preventivos no están sujetos al costo compartido (copagos o coseguro) cuando son realizados por un proveedor participante y proporcionados de acuerdo con las directrices integrales respaldadas por la Health Resources and Services Administration (HRSA), o si los artículos o servicios tienen una clasificación de “A” o “B” de la United States Preventive Services Task Force (USPSTF), o si las inmunizaciones son recomendadas por el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Sin embargo, el costo compartido puede aplicarse a los servicios proporcionados durante la misma visita que la de los servicios preventivos. También, si un servicio preventivo es proporcionado durante la visita a un consultorio en donde dicho servicio no es el propósito primario de la visita, la cantidad del costo compartido que se aplicaría a la visita al consultorio, todavía aplicará. Puede ponerse en contacto con nosotros al 1-800-300-8181 TTY 711 o visitar nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan para obtener una copia de las directrices integrales respaldada por la HRSA, artículos o servicios con una clasificación de “A” o “B” de la USPSTF, y las inmunizaciones recomendadas por el ACIP.

A. Exámenes físicos anuales para adultos

Cubrimos exámenes físicos anuales para adultos y cuidado preventivo y exámenes de detección según lo previsto en las directrices integrales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios con una clasificación de “A” o “B” de la USPSTF.

Ejemplos de artículos o servicios con una clasificación “A” o “B” de la USPSTF incluyen, pero no están limitados a, detección de la presión arterial de adultos, detección de cáncer de pulmón, detección de cáncer colorrectal, detección de abuso del alcohol, detección de depresión y detección de diabetes. Un listado completo de los servicios preventivos cubiertos está disponible en nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan, o le será enviado por correo a solicitud suya.

Usted es elegible para un examen físico una vez cada año calendario, sin importar si han pasado o no 365 días desde la visita anterior del examen físico. Los exámenes de la vista no incluyen refracciones.

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

B. Inmunizaciones para adultos

Cubrimos inmunizaciones para adultos según lo recomendado por el ACIP. Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguro cuando es provisto de acuerdo con las recomendaciones del ACIP.

C. Exámenes de mujer sana

Cubrimos exámenes de mujer sana los cuales consisten de un examen ginecológico de rutina, de seno y el anual de Papanicolau, incluyendo servicios de laboratorio y diagnóstico en relación con la evaluación del examen de Papanicolau. También cubrimos cuidado preventivo y exámenes de detección según lo previsto en las directrices integrales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios con una clasificación “A” y “B” de la USPSTF. Un listado completo de los servicios preventivos cubiertos está disponible en nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan, o le será enviado por correo a solicitud suya. Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguro cuando es provisto de acuerdo con las directrices integrales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios con una clasificación “A” y “B” de la USPSTF, los cuales pueden ser menos frecuentes que los descritos anteriormente.

D. Mamografías, examen y diagnóstico por imágenes para la detección de cáncer de mamas

Cubrimos mamografías para la detección del cáncer de mamas de la siguiente manera:

- Un examen de detección inicial de mamografía para miembros en edades de 35 a 39 años
- Un examen de detección de mamografía anualmente para miembros en edades de 40 años en adelante

Si un miembro de cualquier edad tiene un historial de cáncer de mamas o su pariente de primer grado de consanguinidad tiene antecedentes de cáncer de mamas, cubrimos mamografías según lo recomendado por su proveedor. Sin embargo, en ningún caso se cubrirá más de un examen de detección preventivo por año del plan.

Las mamografías para la detección de cáncer de mamas no están sujetas de copagos o coseguro cuando son proporcionadas por un proveedor participante.

También cubrimos exámenes de detección y diagnóstico por imágenes adicional para la detección de cáncer de mamas, incluyendo ultrasonidos diagnósticos de mamas y MRIs. Los exámenes de detección y el diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mamas, incluyendo mamografías de diagnóstico, ultrasonidos de las mamas y MRIs no están sujetos a copagos, deducibles o coseguro cuando son proporcionados por un proveedor participante y son necesarios por motivos médicos.

E. Servicios de planificación familiar y salud reproductiva

Cubrimos servicios de planificación los cuales consisten en métodos anticonceptivos aprobados por la FDA y recetados por un proveedor, que no están cubiertos de otra forma bajo la **sección de Cobertura de medicamentos recetados** de este contrato, consejería sobre el uso de anticonceptivos y temas relacionados y procedimientos de esterilización para mujeres. Dichos servicios no están sujetos a copagos o coseguro cuando son provistos de acuerdo con las directrices integrales respaldadas por la HRSA y los artículos y servicios con una clasificación “A” o “B” de la USPSTF.

También cubrimos vasectomías sujetas a copagos o coseguro.

No cubrimos servicios relacionados con la reversión de esterilizaciones electivas.

F. Mediciones o pruebas de la densidad mineral ósea

Cubrimos las mediciones o pruebas de la densidad mineral ósea y los medicamentos recetados y dispositivos aprobados por la FDA o equivalentes genéricos como sustitutos aprobados. La cobertura de los medicamentos recetados está sujeta a la **sección de Cobertura de medicamentos recetados** de este contrato. Las mediciones o pruebas de densidad mineral ósea, medicamentos o dispositivos incluirán aquellos cubiertos para personas que reúnen los criterios según el programa federal de Medicare y aquellos de acuerdo con los criterios de los National Institutes of Health. Usted también calificará para la cobertura de mediciones y pruebas de densidad mineral ósea si cumple con lo siguiente:

- Diagnosticado previamente con osteoporosis o tiene antecedentes familiares de osteoporosis
- Con síntomas o condiciones indicadoras de la presencia o riesgo significativo de osteoporosis
- Está en un régimen de medicamento recetado que puede tener un riesgo significativo para la osteoporosis
- Con factores de estilo de vida hasta un grado que sean un riesgo significativo de osteoporosis
- Con dicha edad, sexo y/u otras características fisiológicas las cuales tengan un riesgo significativo de osteoporosis

También cubrimos mediciones o pruebas de densidad mineral ósea y medicamentos recetados y dispositivos según lo previsto en las directrices integrales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios con una clasificación “A” o “B” de la USPSTF.

Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguro cuando está provisto de acuerdo con las directrices integrales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios con una clasificación “A” o “B” de la USPSTF, el cual puede incluir todos los servicios anteriores tales como medicamentos y dispositivos.

G. Examen de detección de cáncer de próstata

Cubrimos un examen de diagnóstico estándar incluyendo, pero no limitado a, un examen digital rectal y una prueba de antígeno específico para la próstata para hombres de 50 años en adelante quienes son asintomáticos y para hombres de 40 años en adelante con antecedentes familiares u otros factores de riesgo de cáncer de próstata. También cubrimos una prueba de diagnóstico estándar incluyendo, pero no limitado a, un examen digital rectal y una prueba de antígeno específico para la próstata, en cualquier edad para hombres que han tenido antecedentes previos de cáncer de próstata.

SECCIÓN VII - SERVICIOS DE AMBULANCIA Y MÉDICOS DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIOS

Consulte la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato para ver los requisitos de costo compartido, límites de días o visitas, y cualquier autorización previa o los requisitos para dicha autorización que aplica a estos beneficios. Los servicios médicos de emergencia prehospitalarios y los servicios de ambulancia para el tratamiento de una condición de emergencia no necesitan autorización previa.

A. Transporte de ambulancia de emergencia

Cubrimos servicios médicos de emergencia prehospitalarios para el tratamiento de una condición de emergencia cuando dichos servicios son ofrecidos por un servicio de ambulancia.

“Servicios médicos de emergencia prehospitalarios” significa la evaluación y tratamiento rápido de una condición de emergencia y/o transporte no aéreo a un hospital. Los servicios deben ser suministrados por un servicio de ambulancia con un certificado emitido bajo la New York Public Health Law. Sin embargo, solo cubriremos el transporte a un hospital ofrecido por dicho servicio de ambulancia cuando una persona común prudente, que tiene un conocimiento promedio de medicina y salud, podría esperar razonablemente que la ausencia de dicho transporte podría producir:

- Poner la salud de la persona afectada por dicha condición o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su hijo no nacido en peligro grave, o en el caso de una condición del comportamiento, ponga la salud de dicha persona u otros en peligro grave.
- Deterioro grave de las funciones corporales de dicha persona.
- Disfunción grave de cualquier órgano corporal o parte del cuerpo de dicha persona.
- Desfiguración grave de dicha persona.

Un servicio de ambulancia puede no cargar o buscar reembolso de usted por los servicios médicos de emergencia prehospitalarios excepto por el cobro de cualquier copago, deducible o coseguro aplicable.

También cubriremos el transporte de ambulancia de emergencia por un servicio autorizado de ambulancia (ya sea una ambulancia por tierra, agua o aérea) al hospital más cercano donde se puedan realizar servicios de emergencia.

Cubrimos los servicios médicos de emergencia prehospitalarios y transporte de ambulancia de emergencia en cualquier parte del mundo.

B. Transporte de ambulancia que no sea de emergencia

Cubrimos el transporte de ambulancia que no sea de emergencia por un servicio autorizado de ambulancia (ya sea ambulancia por tierra, agua o aérea) entre centros cuando el transporte es cualquiera de los siguientes:

- Desde un hospital no participante a un hospital participante.
- A un hospital que ofrece un nivel más alto de cuidado que no estaba disponible en el hospital original
- A un centro de cuidado agudo más rentable
- Desde un centro de cuidado agudo a un entorno subagudo

C. Limitaciones/términos de la cobertura

- No cubrimos gastos de viaje o transporte, a menos que estén relacionados con una condición de emergencia o debido a una transferencia de centro aprobada por nosotros, aun cuando sea recetada por un proveedor.
- No cubrimos transporte que no sea en ambulancia tales como ambulette, van o taxi.
- La cobertura de ambulancia aérea relacionada con una condición de emergencia o ambulancia aérea relacionada con transporte que no sea de emergencia se proporciona cuando su condición médica es tal que el transporte por ambulancia terrestre no es adecuado; y su condición médica requiere un transporte de ambulancia inmediato y rápido que no puede ser ofrecido por la ambulancia terrestre; y se cumple uno de los siguientes:
 - El punto de recogida es inaccesible para un vehículo de tierra.
 - Grandes distancias u otros obstáculos (ejemplo: tráfico pesado) evitan su transferencia oportuna al hospital más cercano con instalaciones adecuadas.

SECCIÓN VIII - SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CUIDADO URGENTE

Consulte la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato para ver los requisitos de costo compartido, límites de días o visitas, y cualquier autorización previa o los requisitos para dicha autorización que aplica a estos beneficios.

A. Servicios de emergencia

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

Definimos una “**condición de emergencia**” como: Una condición médica o del comportamiento que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente, incluyendo dolor severo, de tal manera que una persona común prudente, que posea un conocimiento promedio de medicina y salud, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata podría producir:

- Poner la salud de la persona afectada por dicha condición o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su hijo no nacido en peligro grave, o en el caso de una condición del comportamiento, ponga la salud de dicha persona u otros en peligro grave.
- Deterioro grave de las funciones corporales de dicha persona.
- Disfunción grave de cualquier órgano corporal o parte del cuerpo de dicha persona.
- Desfiguración grave de dicha persona.

Por ejemplo, una condición de emergencia puede incluir, pero no está limitada a, las siguientes condiciones:

- Dolor severo de pecho
- Lesiones graves o múltiples
- Falta de aliento grave
- Cambio repentino en el estado mental (ejemplo: desorientación)
- Sangrado grave
- Dolor o condición aguda que requiere una atención inmediata tal como la sospecha de un ataque cardíaco o apendicitis
- Envenenamientos
- Convulsiones

La cobertura de servicios de emergencia para el tratamiento de su condición de emergencia será ofrecida sin importar si el proveedor es un proveedor participante. También cubriremos servicios de emergencia para tratar su condición de emergencia a nivel mundial. Sin embargo, solo cubriremos solamente aquellos Servicios de emergencia y suministros que sean necesarios por motivos médicos y sean realizados para tratar o estabilizar su condición de emergencia en un hospital.

Siga las instrucciones listadas a continuación sin importar si usted está o no en nuestra Área de servicio en el momento cuando ocurra su condición de emergencia:

1. Visitas al departamento de emergencias de un hospital

En caso de que necesite tratamiento para una condición de emergencia, busque cuidado inmediato en el departamento de emergencias del hospital más cercano o llame al 911. El cuidado en el departamento de emergencias no necesita autorización previa. **Sin embargo, solo los servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia están cubiertos en un departamento de emergencias.** Si usted no está seguro de si el departamento de emergencias de un hospital es el lugar más adecuado para recibir cuidado, llámenos antes de buscar tratamiento. Nuestros coordinadores de administración médica están disponibles las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Su coordinador lo dirigirá al departamento de emergencias de un hospital u otro centro adecuado.

No cubrimos cuidado de seguimiento o de rutina ofrecido en un departamento de emergencias del hospital. Deberá ponerse en contacto con nosotros para asegurarse de recibir el cuidado de seguimiento adecuado.

2. Admisiones hospitalarias de emergencia

En caso de que usted sea admitido al hospital, usted o alguien en su nombre debe notificarnos en el número listado en este contrato y en su tarjeta de identificación, en un plazo de 48 horas de su admisión, o al siguiente día laboral durante un fin de semana, o tan pronto sea razonablemente posible.

Cubrimos servicios hospitalarios en internación en un hospital no participante al costo compartido en la red mientras que su condición médica impida su transferencia a un hospital participante. Si su condición médica permite su transferencia a un hospital participante, se lo notificaremos y trabajaremos con usted para coordinar la transferencia. No se cubrirán los servicios hospitalarios en internación recibidos de un hospital no participante después de que le hayamos notificado y ofrecido ayuda para coordinar la transferencia a un hospital participante.

3. Pagos relacionados con servicios de emergencia prestados

La cantidad que pagamos a un proveedor no participante por servicios de emergencia será:

Lo mayor de: 1) el monto que hemos negociado con los proveedores participantes para el servicio de emergencia (y si más de un monto es negociado, el promedio de los montos); 2) el 100 por ciento del monto permitido para los servicios ofrecidos por un proveedor no participante (esto es, el monto que pagaríamos en ausencia de cualquier costo compartido que aplicaría de otra manera para los servicios de proveedores no participantes); 3) el monto que sería pagado bajo Medicaid. Los montos descritos arriba excluyen cualquier copago o coseguro que aplique

a los servicios de emergencias provistos por un proveedor participante. El monto que hemos negociado con el proveedor no participante para el servicio de emergencia o el monto que hemos determinado sea razonable para dicho servicio o el cargo del proveedor no participante. Sin embargo, el monto negociado o el que determinemos sea razonable no excederá el cargo del proveedor no participante y será por lo menos el mayor de: 1) el monto que hemos negociado con los proveedores participantes para el servicio de emergencia (y si más de un monto es negociado, el promedio de los montos); 2) el 100 por ciento del monto permitido para los servicios ofrecidos por un proveedor no participante (esto es, el monto que pagaríamos en ausencia de cualquier costo compartido que aplicaría de otra manera para los servicios de proveedores no participantes); 3) el monto que sería pagado bajo Medicaid.

B. Cuidado urgente

El cuidado urgente es el cuidado médico para una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave que una persona razonable buscaría atención inmediatamente, pero no tan severa como para necesitar cuidado del departamento de emergencias. El cuidado urgente normalmente está disponible después de horas laborales, incluyendo las noches y fines de semana. El cuidado urgente está cubierto en nuestra área de servicio.

1. 1. En la red

Cubrimos el cuidado urgente de un proveedor participante o un centro de cuidado urgente participante. Usted no necesita ponerse en contacto con nosotros antes de o después de su visita.

2. Fuera de la red

Cubrimos el cuidado urgente de un centro o médico de cuidado urgente no participante fuera de nuestra área de servicio. Necesitamos una autorización previa.

Si el cuidado urgente resulta en una admisión de emergencia, siga las instrucciones para las admisiones de emergencia en el hospital descritas anteriormente.

SECCIÓN IX - SERVICIOS AMBULATORIOS Y PROFESIONALES

Consulte la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato para ver los requisitos de costo compartido, límites de días o visitas, y cualquier autorización previa o los requisitos para dicha autorización que aplica a estos beneficios.

A. Servicios avanzados de imágenes

Cubrimos escaneos PET, MRI, medicina nuclear y escaneos CAT.

B. Pruebas y tratamiento para alergias

Cubrimos pruebas y evaluaciones incluyendo inyecciones y pruebas de rayado y pinchado para determinar la existencia de una alergia. También cubrimos tratamientos para las alergias, incluyendo tratamientos de insensibilización, inyecciones de rutina contra alergias y sueros.

C. Servicios en centro quirúrgico ambulatorio

Cubrimos procedimientos quirúrgicos realizados en centros quirúrgicos ambulatorios incluyendo servicios y suministros ofrecidos por el centro el día en el que se realizó la cirugía.

D. Quimioterapia

Cubrimos quimioterapia en un centro ambulatorio o en el consultorio de un profesional de cuidado de la salud. Los medicamentos contra el cáncer administrados en forma oral están cubiertos bajo la **sección de Cobertura de medicamentos recetados** de este contrato.

E. Servicios quiroprácticos

Cubrimos el cuidado quiropráctico cuando lo realiza un doctor de quiropráctica (“quiropráctico”) en relación con la detección o corrección por medios manuales o mecánicos de un desbalance estructural, distorsión o subluxación en el cuerpo humano con el propósito de remover una interferencia del nervio y los efectos del mismo, donde dicha interferencia sea el resultado de o esté relacionada con la distorsión, desalineación o subluxación de la columna vertebral. Esto incluye evaluación, manipulación y cualquier modalidad. Todas las pruebas de laboratorio serán cubiertas de acuerdo con los términos y condiciones de este contrato.

F. Ensayos clínicos

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

- Elegible para participar en un ensayo clínico aprobado para tratar ya sea cáncer u otra enfermedad o condición que amenace su vida
- Es referido por un proveedor participante quien ha concluido que su participación en el ensayo clínico aprobado sería apropiada.

Todos los otros ensayos clínicos, incluyendo cuando usted no tiene cáncer u otra enfermedad o condición que amenace su vida, pueden estar sujetos a las **secciones de Revisión de utilización y Apelación externa** de este contrato.

No cubrimos:

- Los costos de los medicamentos o dispositivos investigativos.
- Los costos de servicios que no sean de salud necesarios para usted con el fin de recibir tratamiento.
- Los costos de administrar la investigación.
- Los costos que no estarían cubiertos bajo este contrato para tratamientos que no sean de investigación proporcionados en el ensayo clínico.

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

- Un ensayo financiado o aprobado federalmente.
- Llevado a cabo bajo la aplicación de un medicamento en investigación revisado por la Food and Drug Administration.
- Un ensayo de medicamento que está exento de tener que hacer una aplicación de un nuevo medicamento en investigación.

G. Diálisis

Cubrimos los tratamientos de diálisis de un padecimiento renal agudo o crónico.

También cubrimos los tratamientos de diálisis ofrecidos por un proveedor no participante sujeto a todas las siguientes condiciones:

- El proveedor no participante está debidamente autorizado para ejercer y autorizado para ofrecer dicho tratamiento.
- El proveedor no participante está ubicado fuera de nuestra área de servicio.
- El proveedor participante que lo está tratando ha emitido una orden escrita indicando que es necesario que el tratamiento de diálisis sea ofrecido por un proveedor no participante.
- Usted nos informa por escrito con por lo menos 30 días de antelación de la(s) fecha(s) del tratamiento propuesto e incluye la orden escrita mencionada anteriormente. El periodo de aviso con 30 días de antelación puede ser acortado cuando usted necesite viajar por un aviso repentino debido a una emergencia familiar o de otra clase, siempre que tengamos la oportunidad razonable de revisar sus planes de viaje y tratamiento.
- Tenemos el derecho de dar una autorización previa para el tratamiento y programación de la diálisis.
- Ofreceremos los beneficios por no más de 10 tratamientos de diálisis por un proveedor no participante por año calendario.
- Los beneficios por los servicios de un proveedor no participante están cubiertos cuando se cumplan todas las condiciones anteriores y están sujetos a cualquier costo compartido aplicable que se aplique a los tratamientos de diálisis por un proveedor no participante. Sin embargo, usted también es responsable por pagar cualquier diferencia entre el monto que habríamos pagado si hubiese sido ofrecido por un proveedor participante y el cargo del proveedor no participante.

H. Servicios de habilitación

Cubrimos servicios de habilitación que consisten de terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento ambulatorio de un centro o en el consultorio de un profesional de cuidado de la salud por hasta 60 visitas por condición por año del plan. El límite de visitas aplica a todas las terapias combinadas. Para los propósitos de este beneficio “por condición” significa la enfermedad o lesión que causa la necesidad de recibir terapia.

I. Cuidado de la salud en el hogar

Cubrimos el cuidado ofrecido en su hogar por una agencia de salud en el hogar certificada o autorizada por la agencia estatal apropiada. El cuidado debe ser ofrecido según el plan de tratamiento escrito de su proveedor y debe ser en lugar de una hospitalización o confinamiento en un centro de enfermería especializada. El cuidado en el hogar incluye:

- Cuidado de enfermería de tiempo parcial o intermitente por o bajo la supervisión de una enfermera profesional registrada.
- Servicios de tiempo parcial o intermitente de un ayudante de salud en el hogar.
- Terapia física, ocupacional o del habla ofrecida por una agencia de salud en el hogar.
- Suministros médicos, medicamentos recetados y medicamentos recetados por un proveedor y servicios de laboratorio por o en nombre de la agencia de salud en el hogar en la medida en que dichos artículos habrían sido cubiertos durante una hospitalización o confinamiento en un centro de enfermería especializada.

El cuidado de salud en el hogar está limitado a 40 visitas por año del plan. Cada visita por un miembro de la agencia de salud en el hogar se considera una visita. Cada visita de hasta cuatro horas por un ayudante de la salud en el hogar se considera una visita. Cualquier servicio de rehabilitación o habilitación recibido bajo este beneficio no disminuirá la cantidad de servicios disponibles bajo los beneficios de servicios de rehabilitación o habilitación.

J. Tratamiento de infertilidad

Cubrimos servicios para el diagnóstico y tratamiento (quirúrgico y médico) de infertilidad cuando dicha infertilidad sea el resultado de malformación, enfermedad o disfunción. Dicha cobertura está disponible de la siguiente manera:

- **Servicios básicos de infertilidad**

Los servicios básicos de infertilidad serán ofrecidos a un suscriptor quién es un candidato adecuado para el tratamiento de infertilidad. Para determinar la elegibilidad, usaremos las directrices establecidas por el American College of Obstetricians and Gynecologists, el American Society for Reproductive Medicine y el estado de New York. Sin embargo, los suscriptores deben estar entre las edades de 21 y 44 años (inclusive) para ser considerados un candidato para estos servicios. Los servicios básicos de infertilidad incluyen:

- Evaluación inicial.
- Análisis de semen.
- Evaluación de laboratorio.
- Evaluación de la función ovulatoria.
- Prueba postcoital.
- Biopsia endometrial.
- Ultrasonido pélvico.
- Histerosalpingografía.
- Sono-histografía.
- Biopsia de los testículos.
- Análisis de sangre.
- Tratamiento médicamente adecuado de la disfunción ovulatoria.

Se pueden cubrir pruebas adicionales si se determina que las pruebas son necesarias por motivos médicos.

- **Servicios integrales de infertilidad.** Si los servicios básicos de infertilidad no dan como resultado el aumento de fertilidad, cubrimos servicios integrales de infertilidad. Los servicios integrales de infertilidad incluyen:
 - Inducción y monitoreo de la ovulación.
 - Ultrasonido pélvico.
 - Inseminación artificial.
 - Histeroscopia.
 - Laparoscopia.
 - Laparatomía.

- **Exclusiones y limitaciones.** No cubrimos:
 - Fertilización in vitro, transferencia de tubo intrafalopio de gameto o cigoto.
 - Costos de un donante de óvulo o esperma.
 - Costos de almacenaje de esperma.
 - Criopreservación y almacenamiento de embriones.
 - Kits pronosticadores de la ovulación.
 - Reversión de ligaduras de las trompas.
 - Reversión de vasectomías.
 - Costos por y relacionados con maternidad sustituta.
 - Clonación.
 - Procedimientos médicos y quirúrgicos que sean experimentales o investigativos, a menos que nuestra denegación sea anulada por un agente externo de apelación.

Todos los servicios deben ser provistos por proveedores que estén calificados para ofrecer dichos servicios de acuerdo con las directrices establecidas y adoptadas por la American Society for Reproductive Medicine.

K. Terapia de infusión

Cubrimos terapia de infusión la cual es la administración de medicamentos utilizando sistemas especializados de entrega los cuales de otra manera habrían requerido que usted se hospitalizara. Los medicamentos o nutrientes administrados directamente en las venas son considerados terapia de infusión. Los medicamentos tomados oralmente o autoinyectados no se consideran terapia de infusión. Los servicios deben ser solicitados por un médico u otro profesional autorizado de cuidado de la salud y suministrados en un consultorio o por una agencia autorizada o certificada para ofrecer terapia de infusión. Todas las visitas por terapia de infusión en el hogar cuentan hacia su límite de visitas de cuidado de la salud en el hogar.

L. Interrupción del embarazo

Cubrimos abortos necesarios por motivos médicos incluyendo abortos en casos de violación, incesto o anomalía del feto. Cubrimos abortos electivos para un procedimiento por miembro, por año del plan.

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

Cubrimos radiografías, procedimientos de laboratorio y pruebas de diagnóstico, servicios y materiales, incluyendo radiografías de diagnóstico, terapia de radiografías, fluoroscopia, electrocardiogramas, electroencefalogramas, pruebas de laboratorio y servicios de radiología terapéutica.

N. Medicamentos recetados para ser usados en el consultorio y centros ambulatorios

Cubrimos medicamentos e inyectables (excluyendo autoinyectables) usados por su proveedor en su consultorio para propósitos de prevención y terapéuticos. Este beneficio aplica cuando su proveedor pide el medicamento recetado y se lo administra a usted. Cuando los medicamentos recetados estén cubiertos bajo este beneficio, estos no estarán cubiertos bajo la sección de cobertura de medicamentos recetados de este contrato.

O. Visitas al consultorio

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

P. Cuidado de maternidad y del recién nacido

Cubrimos servicios para cuidado de maternidad ofrecidos por un médico o una partera, enfermera profesional, hospital o sala de partos. Cubrimos cuidado prenatal (incluyendo una visita para pruebas genéticas), cuidado postparto, parto y complicaciones del embarazo. Para cubrir los servicios de una partera, ella debe estar autorizada según lo dispuesto en el Artículo 140 de la New York Education Law, ejercer en forma consistente con la Sección 6951 de dicha ley y afiliada o ejercer en conjunto con un centro autorizado de conformidad con lo dispuesto el Artículo 28 de la New York Public Health Law. No pagaremos por servicios duplicados de rutina ofrecidos tanto por una partera como por un médico. Consulte la sección de Servicios en internación de este contrato para la cobertura de cuidado de maternidad en internación.

Cubrimos apoyo, consejería y suministros para amamantamiento, incluyendo el costo de alquilar o la compra de un extractor de leche estándar por embarazo por la duración del amamantamiento de un proveedor participante o contratista designado.

Q. Servicio hospitalario ambulatorio

Cubrimos servicios de hospital y suministros como se describe en la sección de servicios en internación de este contrato que se le puede ofrecer a usted mientras esté siendo tratado en un centro ambulatorio. Por ejemplo, los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a, terapia de inhalación, rehabilitación pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca. A menos que esté recibiendo una prueba de preadmisión, los hospitales no son proveedores participantes para los procedimientos y pruebas ambulatorias de laboratorio.

R. Prueba de preadmisión

Cubrimos la prueba de preadmisión solicitada por su médico y realizada en centros hospitalarios ambulatorios antes de una cirugía programada en el mismo hospital siempre que:

- Las pruebas sean necesarias para y consistentes con el diagnóstico y tratamiento de la condición para la cual se realiza la cirugía.

- Las reservaciones para una cama en el hospital y del salón de operaciones se hicieron antes de llevar a cabo las pruebas.
- La cirugía tiene lugar dentro del plazo de siete días de las pruebas.
- El paciente está presente físicamente en el hospital para las pruebas.

S. Servicios de rehabilitación

Cubrimos servicios de rehabilitación que consisten de terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento ambulatorio de un centro o en el consultorio de un profesional de cuidado de la salud por hasta 60 visitas por condición por el tiempo de vida. El límite de visitas aplica a todas las terapias combinadas. Para los propósitos de este beneficio “por condición” significa la enfermedad o lesión que causa la necesidad de recibir terapia.

T. Segundas opiniones

1. Segunda opinión sobre el cáncer

Cubrimos una segunda opinión médica por un especialista adecuado, incluyendo, pero no limitado a, un especialista afiliado a un centro de cuidado de especialidad, en caso de un diagnóstico positivo o negativo de cáncer o una recurrencia de cáncer o una recomendación de un curso de tratamiento de cáncer. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor no participante en la red cuando su médico tratante proporciona una autorización previa por escrito a un especialista no participante.

2. Segunda opinión quirúrgica

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

3. Segunda opinión quirúrgica requerida

Podemos solicitar una segunda opinión antes de que demos una autorización previa para un procedimiento quirúrgico. No tiene costo para usted cuando solicitamos una segunda opinión.

- La segunda opinión debe ser dada por un especialista certificado por la junta quien lo examina a usted personalmente.
- Si las primeras y segundas opiniones no concuerdan, puede obtener una tercera opinión.
- Los consultores de la segunda y tercera opinión quirúrgica no pueden realizarle la cirugía.

4. Segundas opiniones en otros casos

Es posible que haya otras ocasiones cuando usted no estará de acuerdo con el curso de tratamiento recomendado por un proveedor. En dichos casos, puede solicitar que designemos otro proveedor para dar una segunda opinión. Si las primeras y segundas opiniones no concuerdan, designaremos otro proveedor para dar una tercera opinión. Después de completar el proceso de la segunda opinión, daremos una autorización previa de los servicios cubiertos respaldados por una mayoría de los proveedores que estén revisando su caso.

U. Servicios quirúrgicos

Cubrimos servicios de médicos para procedimientos quirúrgicos, incluyendo procedimientos de operación y corte para el tratamiento de una enfermedad o lesión y una reducción cerrada de fracturas y dislocación de huesos, endoscopías, incisiones, o punciones de la piel con base ambulatoria y en internación, incluyendo los servicios de un cirujano o especialista, asistente

(incluyendo un asistente del médico o una enfermera especializada) y un anestésista o anestesiólogo, junto con el cuidado pre y postoperatorio. Los beneficios no están disponibles para los servicios de anestesia ofrecidos como parte de un procedimiento quirúrgico cuando son dados por el cirujano o su asistente.

Algunas veces se pueden realizar dos o más procedimientos quirúrgicos durante la misma operación.

- **A través de la misma incisión.** Si varios procedimientos quirúrgicos cubiertos se realizan a través de la misma incisión, pagaremos por el procedimiento con el monto permitido más alto y 50 por ciento del monto que pagaríamos de otra manera según lo dispuesto en este contrato para los procedimientos secundarios, excepto por los procedimientos secundarios que, de acuerdo con las reglas de codificación de reconocimiento nacional están exentos de reducciones para varios procedimientos quirúrgicos. No pagaremos nada por un procedimiento secundario que sea facturado con uno primario cuando ese procedimiento secundario sea incidental para el procedimiento primario.
- **A través de diferentes incisiones** Si se realizan varios procedimientos quirúrgicos cubiertos durante la misma sesión de la operación, pero a través de diferentes incisiones, pagaremos:
 - Por el procedimiento con el monto permitido más alto.
 - 50 por ciento del monto que pagaríamos de otra manera por los otros procedimientos.

Si se realizan varios procedimientos quirúrgicos cubiertos durante la misma sesión de la operación, a través de las mismas o diferentes incisiones, pagaremos:

- Por el procedimiento con el monto permitido más alto.
- 50 por ciento del monto que pagaríamos de otra manera por los otros procedimientos.

V. Cirugía oral

Cubrimos los siguientes procedimientos quirúrgicos dentales y orales limitados:

- Procedimientos quirúrgicos orales para huesos de la mandíbula o tejido circundante y servicios dentales para la reparación o reemplazo de dientes naturales sanos que se necesiten debido a una lesión accidental. El reemplazo solo es cubierto cuando no sea posible la reparación. Los servicios dentales deben obtenerse en un periodo dentro de los 12 meses de la lesión.
- Procedimientos quirúrgicos orales para los huesos de la mandíbula o tejido circundante y servicios dentales necesarios debido a una enfermedad congénita o anomalía.
- Procedimientos quirúrgicos orales requeridos para la corrección de una condición fisiológica no dental la cual ha resultado en un deterioro funcional severo.
- Remoción de tumores y quistes que requieren un examen patológico de las mandíbulas, mejillas, labios, lengua, cielo y piso de la boca. Los quistes relacionados con los dientes no están cubiertos.
- Procedimientos médicos quirúrgicos/no quirúrgicos para trastornos de la articulación temporomandibular y cirugía ortognática

W. Cirugía reconstructiva de mamas

Cubrimos cirugía reconstructiva de mamas después de una mastectomía completa o parcial. La cobertura incluye: todas las etapas de reconstrucción de la mama en la cual se ha realizado la mastectomía completa o parcial; la cirugía y reconstrucción de la otra mama para crear una apariencia simétrica; y complicaciones físicas de la mastectomía completa o parcial, incluyendo linfedemas, en una manera determinada por usted y su médico tratante que sea adecuada. También cubrimos prótesis implantadas de mamas después de una mastectomía completa o parcial.

X. Otras cirugías reconstructivas y correctivas

Solo cubrimos cirugías reconstructivas y correctivas diferentes a la cirugía reconstructiva de mamas cuando es:

- Realizada para corregir un defecto congénito de nacimiento de un niño cubierto el cual ha resultado en un defecto funcional.
- Adicional a la cirugía o sigue a la cirugía que se necesitó por trauma, infección o enfermedad de la parte involucrada.
- De otra manera necesaria por motivos médicos.

Y. Programa de telemedicina

Cubrimos consultas en línea por Internet entre usted y los proveedores que participan en nuestro programa de telemedicina para condiciones médicas que no sean una condición de emergencia. No todos los proveedores participantes colaboran en nuestro programa de telemedicina. Usted puede chequear nuestro directorio de proveedores o ponerse en contacto con nosotros para obtener un listado de los proveedores que participan en nuestro programa de telemedicina.

Z. Trasplantes

Solo cubrimos aquellos trasplantes que se determina que no son experimentales ni investigativos. Los trasplantes cubiertos incluyen, pero no están limitados a: riñón, córnea, hígado, corazón, trasplantes de corazón/pulmón y médula ósea.

Todos los trasplantes deben ser recetados por su(s) especialista(s). Adicionalmente, todos los trasplantes deben ser realizados en los hospitales que hemos aprobado y designado específicamente para realizar esos procedimientos.

Cubrimos los gastos de hospital y médicos, incluyendo tarifas de búsqueda de donante, del suscriptor/receptor. Cubrimos los servicios de trasplante requeridos por usted cuando usted es un donante de órganos solamente si el receptor está cubierto por nosotros. No cubrimos los gastos médicos de una persona no cubierta que actúa como un donante para usted si los gastos de la persona no cubierta están cubiertos bajo otro plan o programa de salud.

No cubrimos: gastos de viaje, alojamiento, comidas, u otras adaptaciones para donantes o invitados; tarifas del donante en relación con la cirugía de trasplante de órganos; o cosecha y almacenamiento de células madres de la sangre del cordón umbilical de un recién nacido.

SECCIÓN X- BENEFICIOS ADICIONALES, EQUIPOS Y DISPOSITIVOS

Consulte la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato para ver los requisitos de costo compartido, límites de días o visitas, y cualquier autorización previa o los requisitos para dicha autorización que aplica a estos beneficios.

A. Trastorno del espectro autista

Cubrimos los siguientes servicios cuando dichos servicios son recetados u ordenados por un médico o psicólogo autorizado y nosotros determinamos que son necesarios por motivos médicos para la detección, diagnóstico y tratamiento del trastorno del espectro autista. Para propósitos de este beneficio “trastorno del espectro autista” significa cualquier desorden generalizado del desarrollo definido en la edición más reciente del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en el momento cuando se presten los servicios.

1. Examen y diagnóstico

Cubrimos asesoramientos, evaluaciones y pruebas para establecer si alguien tiene un trastorno del espectro autista.

2. Dispositivos de ayuda para comunicación

Cubrimos una evaluación formal 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, cubrimos el alquiler o compra de dispositivos de ayuda para comunicación cuando son ordenados o recetados por un médico o psicólogo autorizado en caso de que usted no pueda comunicarse a través de medios normales (esto es, habla o escrito), cuando la evaluación indique que es probable que al suministrarle un dispositivo de ayuda para la comunicación le ayude a mejorar esta. Ejemplos de dispositivos de ayuda para comunicación incluyen tablas de comunicación y dispositivos generadores del habla. La cobertura está limitada a dispositivos dedicados. Solo cubriremos los dispositivos que generalmente no son útiles para una persona que no sufre de un deterioro de comunicación. No cubrimos artículos, tales como, pero no limitados a, laptop, desktop o tabletas. Cubrimos el software y/o aplicaciones que permiten que una laptop, desktop o tableta funcionen como un dispositivo generador del habla. La instalación del programa y/o soporte técnico no es reembolsable en forma separada. Determinaremos si el dispositivo se deberá comprar o alquilar.

Cubrimos la reparación, adaptación de reemplazo y ajustes de dichos dispositivos cuando se hace necesario debido al desgaste normal o al cambio significativo en la condición física. No cubrimos el costo de reparación o reemplazo que se haga necesario debido a la pérdida o daño causado por el uso indebido, maltratos, o robo, sin embargo, cubrimos una reparación o reemplazo por tipo de dispositivo que sea necesaria debido a asuntos del comportamiento. La cobertura será ofrecida para el dispositivo más adecuado para su nivel funcional actual. No cubrimos la entrega o argos de servicios o mantenimiento de rutina.

3. Tratamiento de salud del comportamiento

Cubrimos programas de consejería y tratamiento que sean necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, hasta la máxima medida practicable, el funcionamiento de una persona. Proporcionaremos dicha cobertura cuando sea provista por un proveedor autorizado. Cubrimos un análisis del comportamiento aplicado cuando es ofrecido por un profesional de cuidado de la salud certificado o autorizado en el análisis del comportamiento aplicado. “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 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.

4. Cuidado psiquiátrico y psicológico

Cubrimos servicios directos o de consulta ofrecidos por un psiquiatra o psicólogo o un trabajador social clínico autorizado con la experiencia requerida por la New York Insurance Law, autorizado en el estado en el cual están ejerciendo.

5. Cuidado terapéutico

Cubrimos 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, cubiertos bajo este contrato. Excepto a que de otra forma esté prohibido por la ley, los servicios provistos según este párrafo deberán estar incluidos en cualquier máximo de visitas aplicables a los servicios de dichos terapeutas o trabajadores sociales bajo este contrato.

6. Cuidado de farmacia

Cubrimos medicamentos recetados para tratar el trastorno del espectro autista que son recetados por un proveedor autorizado legalmente para recetar de acuerdo con el Título 8 de la New York Education Law. La cobertura de dichos medicamentos recetados está sujeta a todos los términos, disposiciones, y limitaciones que apliquen a los beneficios de medicamentos recetados según lo dispuesto en este contrato.

7. Limitaciones

No cubrimos ningún servicio o tratamiento establecido arriba cuando dichos servicios son ofrecidos según un plan de educación personalizado de conformidad con lo dispuesto en la New York Education Law. La prestación de servicios según un plan de servicio familiar personalizado conforme a lo dispuesto en la Sección 2545 de la New York Public Health Law, un plan de educación personalizado según lo dispuesto en el Artículo 89 de la New York Education Law, o un plan de servicio personalizado conforme a lo dispuesto en las regulaciones de la New York State Office for People With Developmental Disabilities no afectarán la cobertura bajo este contrato para los servicios ofrecidos de manera adicional fuera de un entorno educativo si dichos servicios son recetados por un médico o psicólogo autorizado.

Usted es responsable por cualquier disposición de copago o coseguro aplicable según lo dispuesto en este contrato para servicios similares. Por ejemplo, cualquier copago o coseguro que aplique a las visitas de terapia física generalmente también aplicará a los servicios de terapia física cubiertos bajo este beneficio; y cualquier copago o coseguro para medicamentos recetados generalmente también aplicará para medicamentos recetados bajo este beneficio. Consulte la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato para revisar los requerimientos del costo compartido que aplica a los servicios de análisis de comportamiento aplicado y los dispositivos de ayuda para la comunicación.

Nada de lo dispuesto en este contrato se interpretará como que pueda afectar cualquier obligación para proporcionar cobertura por servicios de otra manera cubiertos únicamente con base en que los servicios constituyen servicios del programa de intervención temprana según lo dispuesto en la Sección 3235-a de la New York Insurance Law o un plan de servicio personalizado conforme a lo dispuesto en las regulaciones de la New York State Office for People with Developmental Disabilities.

B. Equipos, suministros y educación de autocontrol para la diabetes

Cubrimos equipos, suministros y educación de autocontrol para la diabetes si es recomendado o recetado por un médico u otro profesional de cuidado de la salud autorizado legalmente para recetar según lo dispuesto en el Título 8 de la New York Education Law tal como se describe a continuación:

1. Equipos y suministros

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

- Tiras reactivas de acetona
- Tabletas reactivas de acetona
- Alcohol o peróxido por pinta
- Toallitas de alcohol
- Todas las preparaciones de insulina
- Kit automático de lanza de sangre
- Kit de glucosa en sangre
- Tiras de glucosa en sangre (prueba o reactivo)
- Monitor de glucosa en sangre con o sin características especiales para personas con afección visual, soluciones de control y tiras para el monitor de glucosa en sangre en el hogar
- Cartuchos para personas con discapacidad visual
- Sistemas de administración de datos para la diabetes
- Insulina y cartuchos de pluma desechables
- Dispositivos de dibujo para personas con afección visual
- Equipo para el uso de la bomba
- Glucagón para inyección para aumentar la concentración de la glucosa en sangre
- Tiras reactivas de acetona glucosa
- Tiras reactivas de glucosa
- Cinta adhesiva reactiva de glucosa
- Ayudas para inyecciones
- Inyector (Busher) automático

- Insulina
- Entrega de cartuchos de insulina
- Dispositivos de infusión de insulina
- Bomba de insulina
- Lancetas
- Agentes orales tales como tabletas y geles de glucosa
- Agentes orales antidiabéticos usados para disminuir los niveles de azúcar en sangre
- Jeringuilla con aguja; estéril 1 cc por caja
- Productos para prueba de orina para detectar glucosa y cetonas
- Suministros adicionales tal como lo pueda designar por regulación como adecuados el New York State Commissioner of Health para el tratamiento de la diabetes

Los equipos y suministros para diabéticos solo están cubiertos cuando se obtienen de un fabricante designado de equipos y suministros para diabéticos el cual tiene un acuerdo con nosotros para proporcionar todos los equipos y suministros para diabéticos exigidos por la ley para miembros a través de farmacias participantes. Si usted necesita cierto artículo que no está disponible de nuestro fabricante designado de equipos y suministros para diabéticos, usted o su proveedor deben presentar una solicitud para una excepción médica llamando al 1-800-300-8181 (TTY 711). Nuestro director médico hará todas las determinaciones de excepción médica. Los equipos y suministros para diabéticos están limitados a un suministro de 30 días hasta un máximo de 90 días cuando son comprados en una farmacia.

2. Educación sobre autocontrol

La educación sobre autocontrol de la diabetes está diseñada para educar a las personas con diabetes en lo que se refiere al autocontrol y tratamiento adecuado para su condición diabética, incluyendo información sobre dietas adecuadas. Cubrimos educación sobre autocontrol y nutrición cuando: la diabetes se diagnostica por primera vez, un médico diagnostica un cambio significativo en sus síntomas o condición que necesita un cambio en su educación de autocontrol, o cuando es necesario un curso de actualización. Debe ser ofrecido de acuerdo con lo siguiente:

- Por un médico, otro proveedor de cuidado de la salud autorizado para recetar según lo dispuesto en el Título 8 de la New York Education Law, o su personal durante una visita al consultorio;
- Después de la autorización previa de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud autorizado para recetar bajo el Título 8 de la New York Education Law a los siguientes educadores médicos que no son médicos: enfermeras educadoras certificadas de diabetes, nutricionistas certificados, dietistas certificados y dietistas registrados en un entorno grupal cuando sea práctico
- La educación también se ofrecerá en su casa cuando sea necesaria por motivos médicos.

3. Limitaciones

Los artículos solo serán proporcionados en cantidades que estén de acuerdo con el plan de tratamiento desarrollado para usted por el médico. Solo cubrimos modelos básicos de monitores de glucosa en sangre a menos que usted tenga necesidades especiales relacionadas con una visión pobre o ceguera, o si el monitor es de otra forma necesario por motivos médicos.

Terapia escalonada para equipos y suministros diabéticos.

La terapia escalonada es un programa que requiere que usted pruebe un tipo de medicamento recetado, suministro o equipo diabético a menos que otro medicamento recetado, suministro o equipo sea necesario por motivos médicos. Los medicamentos recetados, suministros y equipos diabéticos que están sujetos a la terapia escalonada incluyen:

- Medidores y tiras para pruebas de glucosa para diabéticos
- Suministros diabéticos (incluyendo, pero sin limitarse a jeringas, lancetas, agujas, plumas)
- Insulina
- Agentes antidiabéticos inyectables
- Agentes antidiabéticos orales

Estos artículos también requieren autorización previa y su necesidad médica será revisada. Para medicamentos recetados diabéticos, refiérase a las disposiciones de terapia escalonada en la **sección de Medicamentos recetados** y las disposiciones de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada en la **sección de Revisión de utilización** de este contrato.

C. Equipos médicos duraderos y sujetadores

Cubrimos el alquiler o compra de equipos médicos duraderos y sujetadores.

1. Equipos médicos duraderos

Los equipos médicos duraderos son equipos que:

- Están diseñados y proyectados para uso repetido.
- Son usados principal y habitualmente para servir a un propósito médico.
- Generalmente no le son útiles a una persona en la ausencia de enfermedad o lesión.
- Son apropiados para uso en el hogar.

La cobertura es solo para equipos estándares. Cubrimos el costo de reparación o reemplazo cuando se hace necesario por el desgaste normal. No cubrimos el costo de reparación o reemplazo cuando es el resultado de maltrato y abuso de su parte. Determinaremos si hay que alquilar o comprar dichos equipos. No cubrimos equipos médicos duraderos de venta libre.

No cubrimos equipos diseñados para su comodidad o conveniencia (ejemplo: piscinas, jacuzzis, aires acondicionados, saunas, humidificadores, deshumidificadores, equipos de ejercicio), ya que no cumplen con la definición de equipos médicos duraderos.

2. Sujetadores

Cubrimos sujetadores, incluyendo aparatos ortóticos, que son utilizados externamente y que temporal o permanentemente ayudan a todas o parte de una función de la parte corporal externa que ha sido perdida o dañada debido a una lesión, enfermedad o defecto. La cobertura es solo para equipos estándares. Cubrimos reemplazos cuando el crecimiento o un cambio en su condición médica hace necesario el reemplazo. No cubrimos el costo de reparación o reemplazo cuando es el resultado de maltrato y abuso de su parte.

D. Prótesis auditivas

Cubrimos prótesis auditivas que se necesiten para la corrección de un deterioro auditivo (una disminución en la habilidad para percibir sonidos, la cual puede variar de sordera ligera a

completa). Las prótesis auditivas son dispositivos amplificadores electrónicos diseñados para llevar un sonido más eficaz hacia el oído. Una prótesis auditiva consiste de un micrófono, amplificador y receptor.

Los servicios cubiertos están disponibles para una prótesis auditiva que se compra como resultado de una recomendación escrita por un médico e incluye la prótesis auditiva y los cargos asociados para ajustes y pruebas. Cubrimos una sola compra (incluyendo reparación y/o reemplazo) de prótesis auditivas para uno o ambos oídos, una vez cada tres años.

Las prótesis auditivas ancladas en el hueso están cubiertas solamente si usted tiene cualquiera de lo siguiente:

- Anomalías craneofaciales cuyos canales auditivos anormales o ausentes impiden el uso de una prótesis auditiva portátil
- Pérdida auditiva de suficiente gravedad que no sería curada adecuadamente por una prótesis auditiva portátil

Si usted cumple los criterios para una prótesis auditiva anclada a hueso, se proporciona cobertura para una prótesis auditiva por oído, de por vida. Cubrimos la reparación y/o reemplazo de una prótesis auditiva anclada en el hueso solamente por desperfectos.

E. Hospicio

El cuidado de hospicio está disponible si su médico tratante primario ha certificado que usted tiene seis meses o menos de vida. Cubrimos el cuidado de hospicio en internación en un hospital u hospicio y cuidado en el hogar y servicios ambulatorios ofrecidos por el hospicio, incluyendo medicamentos y suministros médicos. La cobertura se ofrece para 210 días de cuidado de hospicio.

Solo cubrimos cuidado de hospicio cuando es ofrecido como parte de un programa de Cuidado de hospicio certificado según lo dispuesto en el Artículo 40 de la New York Public Health Law. Si el cuidado es ofrecido fuera del Estado de New York, el hospicio debe estar certificado bajo un proceso similar de certificación exigido por el estado en cual está ubicado el hospicio. No cubrimos: arreglos funerarios, consejería pastoral, financiera o legal; servicios de tareas domésticas, cuidador o cuidado de relevo.

F. Suministros médicos

Cubrimos suministros médicos que se necesitan para el tratamiento de una enfermedad o lesión la cual está cubierta según lo dispuesto por este contrato. También cubrimos suministros de mantenimiento (ejemplo: suministros de ostomía) para condiciones cubiertas según lo dispuesto en este contrato. Todos dichos suministros deben ser por el monto adecuado para el tratamiento o programa de mantenimiento en curso. No cubrimos suministros médicos de venta libre. Consulte la **sección de Equipos, suministros y educación de autocontrol para la diabetes** anterior para obtener una descripción de la cobertura de suministros para la diabetes.

G. Prótesis

1. Dispositivos protésicos externos

Cubrimos dispositivos protésicos (incluyendo pelucas) que son usados externamente y que temporal o permanentemente reemplazan todo o parte de una parte corporal externa que ha sido pérdida o dañada debido a una lesión o enfermedad. Solo cubrimos pelucas cuando usted tiene

una pérdida severa de cabello debido a una lesión o enfermedad o como un efecto secundario del tratamiento de una enfermedad (ejemplo: quimioterapia). No cubrimos pelucas hechas de cabello humano a menos que usted sea alérgico a todos los materiales sintéticos de las pelucas.

No cubrimos prótesis dentales u otros dispositivos usados en relación con los dientes a menos que se requieran debido a una lesión accidental a un diente natural sano o sean necesarias debido a una enfermedad o anomalía congénita.

Los anteojos y lentes de contacto no están cubiertos bajo esta sección del contrato y son cubiertos solamente bajo la **sección de Cuidado de la Vista** de este contrato.

No cubrimos insertos de zapatos.

Cubrimos prótesis de mamas externas después de una mastectomía, las cuales no están sujetas a cualquier límite de tiempo de vida.

La cobertura es solo para equipos estándares.

Cubrimos el costo de un dispositivo protésico, por miembro, por tiempo de vida. También cubrimos el costo de reparación o reemplazo del dispositivo protésico y sus partes. No cubrimos el costo de reparación o reemplazo bajo la garantía y si esta es el resultado de maltrato o abuso por parte suya.

2. Dispositivos protésicos internos

Cubrimos dispositivos protésicos implantados quirúrgicamente y aparatos especiales si estos mejoran o restauran la función de una parte corporal interna la cual ha sido extirpada o dañada debido a una enfermedad o lesión. Esto incluye las prótesis de mamas implantadas después de una mastectomía total o parcial en la manera que sea adecuada y establecida por usted y su médico tratante.

La cobertura también incluye la reparación y reemplazo debido al crecimiento o desgaste normal.

La cobertura es solo para equipos estándares.

SECCIÓN XI - SERVICIOS EN INTERNACIÓN

Consulte la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato para ver los requisitos de costo compartido, límites de días o visitas, y cualquier autorización previa o los requisitos para dicha autorización que aplica a estos beneficios.

A. Servicios hospitalarios

Cubrimos los servicios hospitalarios de hospitalización para cuidado o tratamiento agudo dados u ordenados por un profesional de cuidado de la salud para una afección, lesión o enfermedad de una gravedad que deba ser tratada mediante una internación, incluyendo:

- Cuarto semiprivado y comida.
- Cuidado de enfermería general, especial y crítico.
- Comidas y dietas especiales.
- El uso de los cuartos y equipos de operación, recuperación y cistoscópicos.
- El uso de las unidades y equipos de cuidado intensivo, cuidado especial o cuidado cardiaco.
- Los artículos de diagnóstico y terapéuticos, tales como fármacos y medicamentos, sueros, productos biológicos y vacunas, preparaciones intravenosas y tintes de visualización y administración, pero sin incluir aquellos que no están disponibles comercialmente para comprar y son fácilmente obtenibles por el hospital.
- Moldes de apósitos.
- Suministros y el uso de equipos en relación con oxígeno, anestesia, fisioterapia, quimioterapia, electrocardiografías, electroencefalografías, exámenes de radiografía y terapia de radiación, laboratorio y exámenes patológicos.
- Sangre y hemoderivados excepto cuando la participación en un programa de reemplazo voluntario de sangre está disponible para usted.
- Terapia de radiación e inhalación, quimioterapia, rehabilitación pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca.
- Terapia física, del habla y ocupacional a corto plazo.
- Los servicios y suministros médicos adicionales que son ofrecidos mientras usted es un paciente de cama registrado y los cuales son facturados por el hospital.

Los requisitos de costo compartido en la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato aplican a un confinamiento hospitalario continuo, el cual es días consecutivos de servicios en el hospital recibidos como paciente en internación o confinamientos sucesivos cuando es dado de alta y la readmisión al hospital ocurre en un periodo dentro de no más de 90 días.

B. Servicios de observación

Cubrimos servicios de observación en un hospital. Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios ofrecidos para ayudar a un médico a decidir si lo admite o lo da de alta. Estos servicios incluyen el uso de una cama y monitoreo periódico por el personal de enfermería u otro autorizado.

C. Servicios médicos en internación

Cubrimos visitas médicas por un profesional de cuidado de la salud durante cualquier día del cuidado en internación cubierto bajo este contrato.

D. Hospitalización por cuidado de maternidad.

Cubrimos cuidado de maternidad en internación en un hospital para la madre y cuidado del recién nacido en internación en un hospital para el infante, por lo menos de 48 horas después de un parto normal y por lo menos de 96 horas después de un parto por cesárea, sin importar si dicho cuidado es necesario por motivos médicos. El cuidado ofrecido incluirá educación de los padres, asistencia y entrenamiento en alimentación por lactancia materna o con biberón y evaluaciones clínicas del recién nacido. También cubriremos cualquier día adicional de dicho cuidado que determinemos que sea necesario por motivos médicos. En caso de que la madre elija dejar el hospital y solicite una visita de cuidado en el hogar antes de finalizar el periodo de cobertura de 48 o 96 horas, cubriremos una visita de cuidado en el hogar. La visita de cuidado en el hogar se proporcionará dentro del periodo de 24 horas después de que la madre fue dada de alta, o en el momento en que lo solicite la madre, cualquiera que sea posterior. Nuestra cobertura de esta visita de cuidado en el hogar será adicional a las visitas de cuidado de la salud en el hogar según este contrato y no estará sujeta a cualquier monto de costo compartido en la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato que aplique a los beneficios de dicho cuidado.

E. Internación para cuidado de una mastectomía

Cubrimos servicios en internación para suscriptores sometidos a una disección de un nodo linfático, lumpectomía, mastectomía completa o parcial para el tratamiento de cáncer de mamas y cualquier complicación física que surjan de la mastectomía, incluyendo linfedema, por un periodo de tiempo determinado por usted y su médico tratante que sea médicamente apropiado.

F. Servicios autólogos de banco de sangre

Solo cubrimos servicios autólogos de banco de sangre cuando estos son ofrecidos en relación con un procedimiento de hospitalización cubierto y programado para el tratamiento de una enfermedad o lesión. En dichos casos, cubrimos las tarifas de almacenamiento por un periodo razonable que sea apropiado para tener sangre disponible cuando sea necesario.

G. Servicios de habilitación

Cubrimos servicios de habilitación en internación que constan de terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional por 60 días por año del plan. El límite de visitas aplica a todas las terapias combinadas.

H. Servicios de rehabilitación

Cubrimos servicios de rehabilitación en internación que constan de terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional por 60 días por año del plan. El límite de visitas aplica a todas las terapias combinadas.

Solo cubrimos terapia física y del habla cuando:

- Dicha terapia está relacionada con el tratamiento o diagnóstico de su enfermedad o lesión física.
- La terapia es solicitada por un médico.
- Usted ha sido hospitalizado o ha sido sometido a una cirugía para dicha enfermedad o lesión.

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

- La fecha de la lesión o enfermedad que causó la necesidad de la terapia
- La fecha en la cual es dado de alta de un hospital donde se suministró el tratamiento quirúrgico
- La fecha cuando se suministró el cuidado quirúrgico ambulatorio

I. Centro de enfermería especializada

Cubrimos servicios ofrecidos por un centro de enfermería especializada, incluyendo cuidado y tratamiento en un cuarto semiprivado, según lo descrito en la **sección de Servicios hospitalarios** anterior. El cuidado de custodia, convalecencia o a domicilio no está cubierto (ver la sección de Exclusiones y Limitaciones de este contrato). Una admisión a un centro de enfermería especializada debe estar respaldada por un plan de tratamiento preparado por su proveedor y aprobado por nosotros. Cubrimos hasta 200 días por año del plan para cuidado sin custodia.

J. Cuidado durante el fin de la vida

Si a usted le diagnostican cáncer avanzado y tiene menos de 60 días para vivir, cubriremos el cuidado agudo provisto en un centro autorizado por el Artículo 28 o un centro de cuidado agudo que se especializa en el cuidado de pacientes con enfermedad terminal. Su médico tratante y el director médico del centro deben aceptar que su cuidado será proporcionado apropiadamente en el centro. Si no estamos de acuerdo con su admisión al centro, nosotros tenemos el derecho a iniciar una apelación externa acelerada ante un agente de apelación externa. Cubriremos y reembolsaremos al centro por su cuidado, sujeto a cualquier limitación aplicable en este contrato hasta que el agente de apelación externa dé una decisión en nuestro favor.

Reembolsaremos a los proveedores no participantes por este cuidado del fin de la vida de la siguiente manera:

1. Reembolsaremos a una tasa que haya sido negociada entre nosotros y el proveedor.
2. Si no hay una tasa negociada, reembolsaremos el cuidado agudo a la tasa de cuidado agudo de Medicare actual del centro.
3. Si es un nivel de cuidado alterno, reembolsaremos al 75 por ciento de la tasa del cuidado agudo apropiado de Medicare.

K. Limitaciones/términos de la cobertura

- No cubriremos cargos adicionales por enfermeras de servicios especiales, cargos por cuartos privados (a menos que el cuarto privado sea necesario por motivos médicos), o por medicamentos y suministros que usted lleva a casa desde el centro. Si usted ocupa un cuarto privado y este no es necesario por motivos médicos, nuestra cobertura se basará en el cargo máximo de un cuarto semiprivado del centro. Usted tendrá que pagar la diferencia entre ese cargo y el cargo del cuarto privado.
- No cubrimos gastos de radio, teléfono o televisión, o servicios de belleza o barbería.
- No cubrimos ningún cargo incurrido después del día en que nosotros le avisamos que ya no es necesario por motivos médicos que usted reciba cuidado en internación, a menos que nuestra denegación sea revocada por un agente de apelación externa.

SECCIÓN XII - SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD MENTAL Y USO DE SUSTANCIAS

Consulte la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato para ver los requisitos de costo compartido, límites de días o visitas y cualquier autorización previa o los requisitos para dicha autorización que aplica a estos beneficios, los cuales no sean más restrictivos que los que aplican a beneficios médicos y quirúrgicos de conformidad con la Mental Health Parity and Addiction Equity Act federal de 2008.

A. Servicios de cuidado de la salud mental

1. Servicios en internación

Cubrimos servicios de cuidado de la salud mental en internación relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, nerviosos y emocionales comparable con otras coberturas similares de hospital, médicas y quirúrgicas provistas según este contrato. La cobertura para servicios en internación por el cuidado de la salud mental está limitada a los centros definidos en la Sección 1.03 (10) de la New York Mental Hygiene Law, tales como:

- Un centro psiquiátrico o de internación bajo la jurisdicción de la New York State Office of Mental Health.
- Un centro de internación psiquiátrico dirigido por el gobierno estatal o local.
- Una parte de un hospital que ofrece servicios de internación para cuidado de la salud mental bajo un certificado de operación emitido por el New York State Commissioner of Mental Health.
- Un programa de emergencia psiquiátrica integral u otro centro que ofrezca el servicio de internación para cuidado de la salud mental al cual le ha sido emitido un certificado de operación por el New York State Commissioner of Mental Health.

Y, en otros estados, centros similarmente autorizados o certificados.

También cubrimos servicios de internación para cuidado de la salud mental relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, nerviosos y emocionales recibidos en los centros que ofrecen tratamiento residencial, incluyendo cargos por cuarto y comida. La cobertura para los servicios de tratamiento residencial está limitada a los centros de tratamiento residencial que son parte de un centro de cuidado integral para trastornos alimenticios identificados según lo dispuesto en el Artículo 27 de la New York Public Health Law; y, en otros estados, para los centros que están autorizados o certificados para ofrecer el mismo nivel de tratamiento.

2. Servicios ambulatorios

Cubrimos servicios ambulatorios para cuidado de la salud mental, incluyendo, pero no limitado a, servicios del programa de hospitalización parcial y ambulatorio intensivo, relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, nerviosos y emocionales. La cobertura de servicios ambulatorios para cuidado de la salud mental incluye los Centros a los que les ha sido emitido un certificado de operación según lo dispuesto en el Artículo 31 de la New York Mental Hygiene Law o son operados por la New York State Office of Mental Health y, en otros estados, para centros similares autorizados o certificados; y los servicios ofrecidos por un psiquiatra o psicólogo autorizado; un trabajador social clínico autorizado que tenga por lo menos tres años de

experiencia adicional en psicoterapia; un consejero autorizado de salud mental; un terapeuta autorizado de matrimonio y familia; un psicoanalista autorizado; una enfermera psiquiátrica, licencia como enfermera profesional o especialista en enfermería clínica; o una sociedad profesional o sociedad de práctica facultativa de una universidad de la misma.

3. Limitaciones/términos de cobertura

No cubrimos:

- Beneficios o servicios considerados como cosméticos en naturaleza basándose en que cambiar o mejorar la apariencia de una persona está justificado por las necesidades de salud mental de esa persona.
- Beneficios o servicios de salud mental para personas que están encarceladas, confinadas o destinadas a un centro correccional o prisión local.
- Servicios únicamente porque son ordenados por un tribunal.

B. Servicios para uso de sustancias

1. Servicios en internación

Cubrimos servicios en internación para uso de sustancias relacionados con el diagnóstico y tratamiento del trastorno por el uso de sustancias. Esto incluye la cobertura de servicios de desintoxicación y rehabilitación como una consecuencia del uso de químicos y/o sustancias. Los servicios en internación para el uso de sustancias están limitados a los centros en el Estado de New York los cuales están certificados por la Office of Alcoholism and Substance Abuse Services (OASAS); y, en otros estados, por aquellos centros que están autorizados o certificados por una agencia estatal similar o los cuales estén acreditados por la Joint Commission como programas para el tratamiento de la dependencia química, abuso de sustancias y alcoholismo.

También cubrimos servicios en internación para el uso de sustancias relacionados con el diagnóstico y tratamiento del trastorno por el uso de sustancias recibidos en los centros que ofrecen tratamiento residencial, incluyendo cargos por alojamiento y comida. La cobertura para servicios de tratamiento residencial está limitada a los centros certificados por la OASAS que ofrecen los servicios definidos en la 14 NYCRR 819.2(a)(1), 820.3(a)(1) y (2) y Parte 817; y, en otros estados, a aquellos centros que estén autorizados o certificados por una agencia estatal similar o los cuales estén acreditados por la Joint Commission como programas de tratamiento de dependencia química, abuso de sustancias y alcoholismo para ofrecer el mismo nivel de tratamiento.

2. Servicios ambulatorios

Cubrimos servicios ambulatorios para uso de sustancias relacionados con el diagnóstico y tratamiento del trastorno por el uso de sustancias, incluyendo, pero sin limitarse a servicios de programa de hospitalización parcial, servicios de programa ambulatorio intensivo y tratamiento asistido por medicamentos. Dicha cobertura está limitada a los centros en el Estado de New York que están certificados por la OASAS o autorizados por la OASAS como clínicas ambulatorias o programas para el abuso de sustancias ambulatorio supervisado médicamente, y, en otros estados, a aquellos que estén autorizados o certificados por una agencia estatal similar o los cuales estén acreditados por la Joint Commission como programas de tratamiento de dependencia química, alcoholismo o abuso de sustancias. La cobertura en un centro certificado por la OASAS incluye servicios proporcionados por un proveedor acreditado por la OASAS. La cobertura también está disponible en el entorno de un consultorio profesional para los servicios

ambulatorios para el trastorno por el uso de sustancias relacionados con el diagnóstico y tratamiento del alcoholismo, el uso y dependencia de sustancias, o por un médico a quien se le ha dado una exención según lo dispuesto en la Drug Addiction Treatment Act federal de 2000 para recetar medicamentos narcóticos del Programa III, IV y V para el tratamiento de la adicción al opio durante la etapa aguda de desintoxicación o durante las etapas de rehabilitación.

SECCIÓN XIII - COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Consulte la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato para ver los requisitos de costo compartido, límites de días o visitas, y cualquier autorización previa o los requisitos para dicha autorización que aplica a estos beneficios.

A. Medicamentos recetados cubiertos

Cubrimos medicamentos recetados necesarios por motivos médicos que, salvo que se disponga específicamente de otra manera, pueden ser dispensados solamente según una receta y son:

- Exigidos por ley que lleven la leyenda “Precaución - La Ley federal prohíbe dispensar sin una receta”
- Aprobados por la FDA
- Ordenados por un proveedor autorizado para recetar y dentro del alcance de la práctica del proveedor
- Recetados dentro de las directrices aprobadas de dosificación y administración de la FDA
- Dispensados por una farmacia autorizada

Los medicamentos recetados cubiertos incluyen, pero no están limitados a:

- Medicamentos recetados autoinyectables/administrados
- Inhaladores (con espaciadores)
- Preparaciones dentales tópicas
- Vitaminas prenatales, vitaminas con fluoruro y de entidades simples
- Medicamentos y dispositivos para la osteoporosis aprobados por la FDA, o equivalentes genéricos como sustitutos aprobados, para el tratamiento de la osteoporosis y consistente con los criterios del programa federal de Medicare o los National Institutes of Health
- Fórmulas nutricionales para el tratamiento de fenilcetonuria, cetonuria de cadena ramificada, galactosemia y homocistinuria
- Fórmulas enterales con o sin receta para uso en el hogar, si son administradas oralmente o en alimentación por sonda, para las cuales un médico u otro proveedor autorizado ha emitido una orden escrita. La orden escrita debe establecer que la fórmula enteral es necesaria por motivos médicos y se ha comprobado que es efectiva como un régimen de tratamiento específico de la enfermedad para pacientes cuya condición les ocasionaría volverse desnutridos o sufrir de trastornos que resulten en discapacidad crónica, retardo mental, o la muerte, si no se recibe un tratamiento, incluyendo pero no limitado a: enfermedades hereditarias del metabolismo de amino ácidos o ácidos orgánicos; enfermedad de Crohn, reflujo gastroesofágico con déficit de crecimiento; motilidad gastroesofágica tal como pseudo-obstrucción intestinal crónica; y muchas alergias severas a alimentos.

- Productos alimenticios sólidos modificados que son bajos en proteínas o que contienen proteína modificada para tratar ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de amino ácidos y ácidos orgánicos
- Medicamentos recetados que han sido ordenados en conjunto con el tratamiento o servicios cubiertos bajo el beneficio del tratamiento de infertilidad en la sección de Servicios ambulatorios y profesionales de este contrato
- Medicamentos para el cáncer fuera de la etiqueta, mientras se reconozca el medicamento recetado para el tratamiento de un tipo específico de cáncer para el cual ha sido recetado en uno de los siguientes compendios de referencia: el American Hospital Formulary Service-Drug Information; National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium; Thomson Micromedex DrugDex; Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology; u otro compendio de autoridad tal como fue identificado por el Federal Secretary of Health and Human Services o los Centers for Medicare and Medicaid Services; o recomendado por un artículo de revisión o comentario editorial en un diario profesional importante revisado por un colega.
- Medicamento contra el cáncer administrado por vía oral usado para matar o disminuir el crecimiento de las células cancerosas
- Medicamentos para dejar de fumar incluyendo aquellos de venta libre para los cuales hay una orden escrita y medicamentos recetados que han sido ordenados por un proveedor
- Medicamentos recetados para el tratamiento de trastornos de salud mental y por el uso de sustancias, incluyendo medicamentos para desintoxicación, mantenimiento y reversión de sobredosis
- Medicamentos o dispositivos anticonceptivos o equivalentes genéricos aprobados como sustitutos por la FDA

Usted puede solicitar una copia de nuestro Formulario. Nuestro Formulario también está disponible en nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan. Usted puede preguntar si un medicamento específico está cubierto bajo este contrato al ponerse en contacto con nosotros al 1-800-300-8181 (TTY 711).

B. Reabastecimientos

Solo cubrimos reabastecimientos de medicamentos recetados cuando son dispensados en una farmacia minorista o pedidos por correo tal como lo ordenó el proveedor autorizado. Los beneficios para reabastecimientos no serán ofrecidos más allá de un año a partir de la fecha original de la receta. Para medicamentos recetados de gotas para los ojos, permitimos el reabastecimiento limitado de la receta antes del último día del periodo de dosis apropiado sin considerar cualquier restricción de cobertura en reabastecimientos tempranos de renovaciones. Hasta la medida practicable, la cantidad de gotas de los ojos en el reabastecimiento temprano estará limitada a la cantidad restante en la dosis que fue dispensada inicialmente. Su costo compartido para el reabastecimiento limitado es la cantidad que aplica a cada receta o reabastecimiento según se establece en la **sección de Tabla de beneficios** de este contrato.

C. Información sobre beneficios y pagos

1. Gastos de costo compartido

Usted es responsable de pagar los gastos descritos en la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato cuando los medicamentos recetados cubiertos sean obtenidos de una farmacia minorista.

Usted tiene un diseño de plan de tres niveles, lo que significa que los gastos de su bolsillo generalmente serán más bajos para los medicamentos recetados en el nivel 1 y más altos para los del nivel 3. Los gastos de su bolsillo para los medicamentos recetados en el nivel 2 generalmente serán más que para el nivel 1 pero menos que el nivel 3.

Usted es responsable de pagar el costo completo (la cantidad que le cargue la farmacia) por cualquier medicamento recetado no cubierto y nuestras tasas contratadas (nuestro costo del medicamento recetado) no estarán disponibles para usted.

2. Farmacias participantes

Para medicamentos recetados comprados en una farmacia participante minorista o de pedido por correo, usted es responsable de pagar lo más bajo de:

- El costo compartido aplicable;
- El costo del medicamento recetado para ese medicamento; o
- Su costo compartido nunca excederá el cargo usual y habitual del medicamento recetado.

3. Farmacias no participantes.

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

4. Pedido por correo

Ciertos medicamentos recetados pueden ser pedidos a través de nuestro proveedor de pedido por correo. Usted es responsable por pagar el más bajo de:

- El costo compartido aplicable
- El costo de ese medicamento recetado

Su costo compartido nunca excederá el cargo usual y habitual del medicamento recetado.

Para maximizar su beneficio, pídale a su médico que escriba su pedido recetado o reabastecimiento para un suministro de 90 días, con reabastecimientos cuando sea adecuado (no un suministro de 30 días con tres reabastecimientos). Es posible que se le cobre el costo compartido del pedido por correo para los pedidos recetados o de reabastecimientos enviados al proveedor de pedido por correo sin importar el número de días de suministro escrito en el pedido recetado o de reabastecimiento.

Los medicamentos recetados comprados a través de pedido por correo serán entregados directamente a su casa u oficina.

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

Usted o su proveedor puede obtener una copia de la lista de medicamentos recetados disponibles a través de pedido por correo visitando nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 1-800-300-8181 (TTY 711).

5. Estado de nivel

El estado de nivel de un medicamento recetado puede cambiar periódicamente. Generalmente los cambios serán trimestralmente, pero no más de seis veces por año calendario, basado en nuestras decisiones periódicas de clasificación. Estos cambios pueden ocurrir sin aviso previo para usted. Sin embargo, si tiene una receta para un medicamento que está siendo movido a un nivel más alto (diferente a un medicamento de marca que está disponible como un medicamento genérico según se describe a continuación) se lo notificaremos. Cuando ocurran dichos cambios, los gastos de su bolsillo pueden cambiar. Puede acceder al estado de nivel más actualizado en nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 1-800-300-8181 (TTY 711).

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

Cuando un medicamento de marca está disponible como medicamento genérico, la colocación del nivel del medicamento de marca recetado puede cambiar. Si sucede esto, usted pagará el costo compartido aplicable al nivel al cual está asignado el medicamento recetado o el medicamento de marca será retirado del formulario y usted ya no tendrá beneficios para ese medicamento de marca en especial. Tenga en cuenta que, si usted está tomando un medicamento de marca que está siendo excluido debido a un medicamento genérico que se vuelve disponible, usted recibirá un aviso escrito por adelantado de la exclusión del medicamento de marca. Puede solicitar una excepción al formulario según lo descrito abajo y en la **sección de Apelación externa** de este contrato.

7. Proceso de excepción al formulario

Si un medicamento recetado no está en nuestro formulario, usted, quien usted designe o su profesional de cuidado de la salud recetante pueden pedir una excepción al formulario para un medicamento recetado apropiado clínicamente por escrito, electrónica y telefónicamente. La solicitud debe incluir una declaración de su proveedor de cuidado de la salud recetante de que todos los medicamentos del Formulario serán o han sido ineficaces, no serían tan eficaces como el medicamento que no es del Formulario, o tendrían efectos adversos. Si la cobertura es denegada bajo nuestro proceso de excepción al Formulario estándar o acelerado, usted tiene derecho a una apelación externa tal como está descrito en la **sección de Apelación externa** de este contrato. Visite nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan o llame al 1-800-300-8181 (TTY 711) para averiguar más sobre este proceso.

Revisión estándar de una excepción al formulario

Tomaremos una decisión y le notificaremos a usted o a quien usted designe y al proveedor de cuidado de la salud recetante a más tardar 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento recetado mientras esté tomando el medicamento, incluyendo cualquier reabastecimiento.

Revisión acelerada de una excepción al formulario

Si está sufriendo de una condición de salud que puede poner en peligro seriamente su salud, vida o la habilidad para recuperar la función máxima o si está sometido a un curso actual de tratamiento usando un medicamento recetado que no es del formulario, puede solicitar una revisión acelerada de una excepción al formulario. La solicitud debe incluir una declaración de su profesional de cuidado de la salud recetante de que usted podría sufrir daños razonablemente si el medicamento recetado no es suministrado dentro de los marcos de tiempo para nuestro

proceso estándar de excepción al formulario. Tomaremos una decisión y le notificaremos a usted o a quien usted designe y al proveedor de cuidado de la salud recetante a más tardar 24 horas después de que recibamos su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento recetado mientras sufra de la condición de salud que pueda poner en peligro seriamente su salud, vida o la habilidad para recuperar la función máxima o por la duración de su curso actual de tratamiento usando un medicamento recetado que no es del formulario.

8. Límites de suministro

Excepto por medicamentos o dispositivos anticonceptivos, pagaremos por un suministro de no más de 30 días de un medicamento recetado comprado en una farmacia minorista. Usted es responsable por un monto de costo compartido; para un suministro de hasta 30 días.

Usted puede tener un suministro inicial de tres meses de un medicamento o dispositivo anticonceptivo que le despachen. Para despachos subsiguientes del mismo medicamento o dispositivo anticonceptivo, usted puede tener todo el suministro recetado (de hasta 12 meses) del medicamento o dispositivo anticonceptivo despachado a la misma vez. Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos no están sujetos a copagos, deducibles o coseguro cuando son provistos de acuerdo con las directrices integrales respaldadas por la HRSA y los artículos y servicios con una clasificación “A” o “B” de la USPSTF y cuando son proporcionados por una farmacia participante. Para otros medicamentos y dispositivos anticonceptivos, para un suministro inicial de tres meses, usted es responsable por hasta tres montos de costo compartido y es responsable por hasta nueve meses de costo compartido para el suministro restante de una receta de 12 meses. Para un despacho subsiguiente de 12 meses del mismo medicamento o dispositivo anticonceptivo, usted es responsable por hasta doce montos de costo compartido.

Se ofrecerán beneficios para medicamentos recetados dispensados por una farmacia de pedido por correo para un suministro de una cantidad de hasta 90 días. Usted es responsable por dos y medio (2.5) montos de costo compartido para un suministro de 90 días.

Los medicamentos especializados recetados pueden estar limitados a un suministro de 30 días cuando se obtienen en una farmacia de especialidades en la red. Puede tener acceso a nuestro sitio web www.empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 1-800-300-8181 (TTY 711) para obtener mayor información sobre los límites de suministro para medicamentos especializados recetados.

Algunos medicamentos recetados pueden estar sujetos a límites de cantidad con base en criterios que hayamos creado, sujeto a nuestra revisión periódica y modificación. El límite puede restringir la cantidad dispensada por pedido de la receta o del reabastecimiento y/o la cantidad dispensada por suministro del mes. Usted puede determinar si un medicamento recetado ha sido asignado un nivel de cantidad máxima para ser dispensado accediendo a nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 1-800-300-8181 (TTY 711). Si denegamos una solicitud para cubrir una cantidad que exceda nuestro nivel de cantidad, usted tiene derecho a una apelación según lo descrito en las **secciones de Revisión de utilización y Apelación externa** de este contrato.

9. Suministro de emergencia de medicamentos recetados para tratamiento del trastorno por el uso de sustancias

Si usted tiene una condición de emergencia, puede acceder inmediatamente, sin autorización previa, a un suministro de emergencia de cinco días de un medicamento recetado para el tratamiento de un trastorno por el uso de sustancias, incluyendo un medicamento recetado para manejar el síndrome de abstinencia y/o estabilización de opioides y para reversión de sobredosis de opioides. Si usted tiene un copago, este será prorrateado. Si recibe un suministro adicional del medicamento recetado dentro del periodo de 30 días en el cual usted recibió el suministro de emergencia, su copago por el resto del suministro de 30 días también será prorrateado. En ningún caso el (los) copago(s) prorrateados totalizarán más que su copago por un suministro de 30 días.

En este párrafo, “condición de emergencia” significa una condición de trastorno por el uso de sustancias que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente, incluyendo dolor severo o la expectativa de dolor severo, de tal manera que una persona común prudente, que posea un conocimiento promedio de medicina y salud, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata podría producir:

- Poner la salud de la persona afectada por dicha condición o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su hijo no nacido en peligro grave, o en el caso de una condición del comportamiento, ponga la salud de dicha persona u otros en peligro 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

10. Suministro inicial limitado de medicamentos opioides recetados

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

11. Costo compartido para medicamentos anticáncer administrados por vía oral

Su costo compartido para medicamentos anticáncer administrados por vía oral es el monto de costo compartido especificado en la sección de la Tabla de beneficios de este contrato o el monto de costo compartido, si existiese alguno, que aplique a medicamentos anticáncer intravenosos o inyectables cubiertos bajo la **sección de Servicios ambulatorios y profesionales** de este contrato.

D. Administración médica

Este contrato incluye ciertas características para determinar cuándo deben ser cubiertos los medicamentos recetados, los cuales son descritos a continuación. Como parte de estas características, se le puede pedir a su proveedor recetante más detalles antes de que decidamos si el medicamento recetado es necesario por motivos médicos.

1. Autorización previa

Es posible que se necesite una autorización previa para ciertos medicamentos recetados para asegurar el uso y que se sigan las directrices apropiadas para la cobertura dicho medicamento. Cuando sea apropiado, su proveedor será responsable de obtener la autorización previa para el medicamento recetado.

Para obtener una lista de medicamentos recetados que necesitan autorización previa, visite nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan o llame al 1-800-300-8181 (TTY 711). El listado será revisado y actualizado de vez en cuando. También nos reservamos el derecho de pedir una autorización previa para cualquier medicamento recetado nuevo en el mercado o para cualquier medicamento recetado actualmente disponible que está sometido a cambio en los protocolos de receta y/o las indicaciones sin importar la clasificación terapéutica, incluyendo si un medicamento recetado o artículo relacionado en el listado no está cubierto según lo dispuesto en su contrato. Su proveedor puede chequear con nosotros para averiguar cuáles medicamentos recetados están cubiertos.

2. Terapia escalonada

La terapia escalonada es un proceso en el cual usted puede necesitar usar uno o más tipos de medicamentos recetados antes de que cubramos otro como necesario por motivos médicos. Un “protocolo de terapia escalonada” significa nuestra política, protocolo o programa que establece la secuencia en la cual aprobamos medicamentos recetados para su condición médica. Al establecer un protocolo de terapia escalonada, usaremos criterios reconocidos de revisión clínica basados en evidencia y revisados por colegas que también toman en cuenta las necesidades de poblaciones y diagnósticos de pacientes atípicos. Chequeamos ciertos medicamentos recetados para asegurarnos de que se cumplan las directrices apropiadas de receta. Estas directrices le ayudan a obtener medicamentos recetados de alta calidad y rentables. Los medicamentos recetados que necesiten autorización previa bajo el programa de terapia escalonada también están incluidos en el listado de medicamentos con autorización previa. Si un protocolo de terapia escalonada es aplicable a su solicitud de cobertura para un medicamento recetado, usted, su designado o su profesional de cuidado de la salud puede solicitar una determinación de anulación de terapia escalonada según lo descrito en las **secciones de Revisión de utilización y Apelación externa** de este contrato.

3. Sustitución terapéutica

La sustitución terapéutica es un programa opcional que le dice a usted y a su proveedor sobre las alternativas de ciertos medicamentos recetados. Podemos ponernos en contacto con usted y su proveedor para hacerlos conscientes de estas opciones. Solamente usted y su proveedor pueden determinar si el sustituto terapéutico es el correcto para usted. Tenemos un listado de sustitutos de medicamentos terapéuticos, el cual revisamos y actualizamos de vez en cuando. Para preguntas o problemas acerca de sustitutos de medicamentos terapéuticos, visite nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan o llame al 1-800-300-8181 (TTY 711).

E. Limitaciones/términos de cobertura

Nos reservamos el derecho de limitar las cantidades, suministro de días, acceso a reabastecimiento temprano y/o duración de la terapia para ciertos medicamentos con base en la necesidad médica incluyendo estándares médicos aceptables y/o directrices recomendadas por la FDA.

- 1.** Si determinamos que usted puede estar usando un medicamento recetado en una forma dañina o abusiva, o con una frecuencia dañina, se puede limitar su selección de farmacias participantes. Si esto sucede, podemos pedirle que seleccione una farmacia participante que proporcionará y coordinará todos los servicios futuros de farmacia. Los beneficios serán pagados solamente si usted utiliza una sola farmacia participante seleccionada. Si no hace una selección en un periodo de 31 días desde la fecha en que se lo notificamos, nosotros seleccionaremos una sola farmacia participante para usted.

2. Los medicamentos recetados sintetizados solo serán cubiertos cuando los ingredientes estén incluidos en el formulario y sean obtenidos de una farmacia que esté aprobada para sintetización. Todos los medicamentos recetados sintetizados por más de \$200 necesitan que su proveedor obtenga una autorización previa.
3. Ocasionalmente se usarán varios protocolos específicos y/o generalizados de “administración del uso” con el fin de asegurar la utilización adecuada de los medicamentos. Dichos protocolos serán consistentes con las directrices estándares del tratamiento médico/medicamento. La meta principal de los protocolos es ofrecer a los miembros un beneficio de medicamentos recetados enfocado en la calidad. En el caso de que se implemente el protocolo de administración del uso, y que usted esté tomando el (los) medicamento(s) afectado(s) por el protocolo, será notificado por adelantado.
4. Los medicamentos inyectables (que no sean medicamentos inyectables autoadministrados) y la insulina diabética, hipoglucémicos por vía oral y suministros y equipos para diabéticos no están cubiertos bajo esta sección, pero están cubiertos bajo otras secciones de este contrato.
5. No cubrimos los cargos por la administración o inyección de cualquier medicamento recetado. Los medicamentos recetados o administrados en el consultorio del médico están cubiertos bajo la **sección de Servicios ambulatorios y profesionales** de este contrato.
6. No cubrimos medicamentos que por ley no requieren una receta, excepto por medicamentos para dejar de fumar, medicamentos o dispositivos preventivos de venta libre proporcionados de conformidad con los lineamientos integrales apoyados por la HRSA o con una clasificación de “A” o “B” de la USPSTF, o como de disponga de otra forma en este contrato. No cubrimos medicamentos recetados que tienen equivalentes que no sean recetados de venta libre, excepto si son designados específicamente como cubiertos en el Formulario de medicamentos, o según se establezca de otra manera en este contrato. Los equivalentes que no sean recetados son medicamentos disponibles sin una receta que tienen el mismo nombre/la misma entidad química que sus contrapartes recetados.
7. No cubrimos medicamentos recetados para reemplazar aquellos que puedan haber sido perdidos o robados.
8. No cubrimos medicamentos recetados que le han sido dispensados mientras está en el hospital, asilo de ancianos, otra institución, centro, o si es un paciente de cuidado en el hogar, excepto en aquellos casos donde la base del pago por o en nombre de usted para el hospital, asilo de ancianos, agencia de salud en el hogar o agencia de servicios de cuidado en el hogar, u otra institución, no incluyan servicios para medicamentos.
9. Nos reservamos el derecho de denegar beneficios como no necesarios por motivos médicos o experimentales o investigativos para cualquier medicamento recetado o dispensado en una manera contraria a la práctica médica estándar. Si se deniega la cobertura, usted tiene derecho a una apelación tal como se describe en las **secciones de Revisión de utilización y Apelación externa** de este contrato.

10. Una farmacia no necesita dispensar un pedido de una receta que, a juicio profesional del farmacéutico, no deba ser abastecida.

F. Condiciones generales.

Usted debe mostrar su tarjeta de identificación a una farmacia minorista al momento de obtener su medicamento recetado o debe suministrar a la farmacia información de identificación que podamos verificar durante las horas laborables normales. Usted debe incluir su número de identificación en los formularios suministrados por la farmacia de pedido por correo desde donde usted hace la compra.

1. **Utilización de medicamentos, administración de costos y reembolsos.** Realizamos varias actividades de administración de utilización diseñadas para asegurar el uso apropiado del medicamento recetado, para evitar el uso inapropiado y alentar el uso de medicamentos rentables. A través de estos esfuerzos, usted se beneficia al obtener los medicamentos recetados apropiados de una manera rentable. Los ahorros en costos que resulten de estas actividades se reflejan en las primas para su cobertura. También podemos, ocasionalmente, celebrar acuerdos que resultan en que recibamos reembolsos u otros fondos (reembolsos) directa o indirectamente de los fabricantes, distribuidores u otros de medicamentos recetados. Todos los reembolsos se basan en la utilización del medicamento recetado en todos nuestros negocios y no únicamente en cualquier utilización del miembro de dichos medicamentos. Todos los reembolsos recibidos por nosotros pueden o no ser aplicados, en su totalidad o en parte, para disminuir las primas ya sea a través de un ajuste a los costos de reclamos o como un ajuste al componente de gastos administrativos de nuestras primas de medicamentos recetados. En cambio, podemos retener todos dichos reembolsos, en su totalidad o en parte, con el fin de financiar dichas actividades como actividades nuevas de la administración de utilización, actividades de beneficios a la comunidad y mayores reservas para la protección de los miembros. Los reembolsos no cambiarán ni disminuirán el monto de cualquier copago o coseguro aplicable bajo nuestra cobertura de medicamentos recetados.

G. Definiciones

Los términos usados en esta sección se definen de la siguiente manera. (Otros términos definidos se pueden encontrar en la sección de Definiciones de este contrato).

1. **Medicamento de marca:** Un medicamento recetado que: 1) es fabricado y mercadeado bajo una marca registrada o nombre por un fabricante específico de medicamentos; o 2) nosotros lo identificamos como medicamento recetado de marca, con base en los recursos de información disponible. Todos los medicamentos recetados identificados como “de marca” por el fabricante, farmacia, o su médico pueden no estar clasificados como medicamentos de marca por nosotros.
2. **Farmacia designada:** Una farmacia que ha celebrado un acuerdo con nosotros o con una organización contratada en nuestro nombre, para suministrar los medicamentos recetados específicos, incluyendo pero no limitado a, medicamentos especializados recetados. El hecho de que una farmacia sea una farmacia participante no significa que sea una farmacia designada.
3. **Formulario:** El listado que identifica aquellos medicamentos recetados para los cuales puede estar disponible la cobertura según lo dispuesto en este contrato. Este listado está sujeto a nuestra revisión y modificación periódica (generalmente trimestralmente, pero no más de seis

veces por año calendario; año del plan). Usted puede determinar a qué nivel ha sido asignado un medicamento recetado visitando nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 1-800-300-8181 (TTY 711).

- 4. Medicamento genérico:** Un medicamento recetado que: 1) es químicamente equivalente a un medicamento de marca; o 2) nosotros lo identificamos como un medicamento recetado genérico con base en los recursos de información disponibles. Todos los medicamentos recetados identificados como “genéricos” por el fabricante, farmacia o su médico pueden no estar clasificados como medicamentos genéricos por nosotros.
- 5. Farmacia no participante:** Una farmacia que no ha celebrado un acuerdo con nosotros para suministrar medicamentos recetados a los suscriptores. No haremos ningún pago por recetas o reabastecimientos despachados en una farmacia no participante diferentes a los descritos anteriormente.
- 6. Farmacia participante:** Una farmacia que ha:
 - Celebrado un acuerdo con nosotros o a quien designemos para suministrar medicamentos recetados a los miembros.
 - Acordado aceptar las tasas de reembolsos especificadas por dispensar medicamentos recetados.
 - Sido designada por nosotros como una farmacia participante.
- 7.** Una farmacia participante puede ser ya sea una farmacia minorista o de pedido por correo.
- 8. Medicamento recetado:** Un medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la FDA y que puede, según la ley federal o estatal, ser dispensado solamente conforme al pedido de la receta o reabastecimiento y se encuentra en nuestro formulario. Un medicamento recetado incluye un medicamento que, debido a sus características, es apropiado para la autoadministración o administración por un cuidador no especializado.
- 9. Costo del medicamento recetado:** La tasa que hemos acordado pagar a nuestras farmacias participantes, incluyendo una tarifa de dispensación y el impuesto de ventas, para un medicamento recetado cubierto dispensado en una farmacia participante. Si su contrato incluye la cobertura en farmacias no participantes, el costo del medicamento recetado el cual es dispensado en una farmacia no participante se calcula usando el costo del medicamento recetado que aplica para dicho medicamento en particular en la mayoría de las farmacias participantes.
- 10. Pedido de la receta o reabastecimiento:** La directriz para dispensar un medicamento recetado emitido por un profesional de cuidado de la salud debidamente autorizado quien está actuando dentro del alcance de su práctica.
- 11. Cargo usual y acostumbrado:** La tarifa usual que cobra una farmacia a personas por un medicamento recetado sin referencia para reembolso de la farmacia por terceros según lo requerido por la Sección 6826-a de la New York Education Law.

SECCIÓN XIV - BENEFICIOS DE BIENESTAR

A. Reembolso para centros de ejercicios

Le reembolsaremos parcialmente cada año de beneficio del plan por sus cuotas de membresía del centro de acondicionamiento físico. Le será reembolsado lo menor de \$200 o el costo real de la membresía por un periodo de seis meses. Solo tiene que seguir estos pasos para calificar:

1. Ejercítese 50 veces en un centro calificado de acondicionamiento físico durante un periodo de seis meses dentro su año de beneficios del plan, lo cual es el periodo de cobertura de 12 meses que comienza en su fecha efectiva de cobertura. Para calificar para una sesión de ejercicios, debe ejercitarse una vez durante un periodo de 24 horas. Debe haber por lo menos ocho horas entre ejercicios (pero no más de una por día calendario). Puede usar cualquier centro de acondicionamiento físico abierto al público que tenga supervisión de personal y mantenga equipos y programas que promuevan el bienestar cardiovascular (y cumplan requisitos de calificación). Además, puede elegir el uso de un centro que ofrezca un descuento a nuestros miembros. Para ver una lista de clubes y centros de acondicionamiento físico con descuentos, visite www.empireblue.com/nyessentialplan.
2. Dé seguimiento a las secciones de ejercicios. Puede usar la copia impresa del centro de acondicionamiento físico o la hoja de registro de acondicionamiento físico del Formulario de reembolso de gimnasio (disponible en www.empireblue.com/nyessentialplan). Deberá pedirle a un miembro autorizado del personal del centro de acondicionamiento físico que firme y le ponga fecha a cada entrada.
3. Una vez cumple el requisito de visitas, usted puede:
 - Llenar el Formulario de reembolso de gimnasio.
 - Adjuntar la copia impresa de su centro de acondicionamiento físico o la hoja de registro de acondicionamiento físico firmada.
 - Adjuntar un recibo que muestre que usted pagó por el centro de acondicionamiento físico o la hoja de registro de acondicionamiento físico firmada.
 - Adjuntar un recibo que muestre que usted pagó por la membresía para acondicionamiento físico por el periodo en el cual está buscando reembolso.
 - Para la primera solicitud de reembolso, incluya una copia firmada del Formulario de verificación de membresía en centro de acondicionamiento físico (FFMV) disponible en www.empireblue.com/nyessentialplan. Este formulario sobre tiene que ser enviado una vez por cada centro de acondicionamiento físico por año de beneficio del plan.
 - Envíe por correo estos elementos a:
ExerciseRewards
P.O. Box 509117
San Diego, CA 92150-9117

No se reembolsarán membresías en clubes de tenis, country clubs, clínicas de pérdida de peso, spas o cualquier otro centro similar. Las membresías de por vida no son elegibles para el reembolso. El reembolso está limitado a las visitas actuales de ejercicios. No proporcionaremos reembolso por equipo, vestimenta, vitaminas u otros servicios que puedan ser ofrecidos por el centro (ejemplo: masajes, etc.).

El reembolso debe ser solicitado en un plazo de 120 días del final del periodo de los seis meses. El reembolso será emitido solamente después de que usted haya completado cada periodo de seis meses incluso si las 50 visitas son completadas antes.

Visite www.empireblue.com/nyessentialplan para ver los detalles completos sobre el proceso y los requisitos de reembolso para centro de acondicionamiento físico.

Además de recibir reembolso por sus cuotas del gimnasio, puede aprovechar lo siguiente:

- Herramientas y rastreadores en línea para ayudar a monitorear su progreso
- Planes de comidas y planes de ejercicios a la medida
- Una biblioteca de artículos sobre temas relacionados con salud, al igual que cursos de entrenamiento autodirigidos que lo facultan a aprender sobre la marcha y lo ayudan a establecer metas futuras de acondicionamiento físico

B. Programa de bienestar

1. Propósito

El propósito de este programa de bienestar es alentarlo a que tome un papel más activo en manejar su salud y bienestar.

2. Descripción

Ofrecemos beneficios relacionados con el uso de o participación en cualquiera de las siguientes acciones o actividades de promoción de bienestar y salud:

- Una herramienta de evaluación de riesgo de la salud
- Un programa designado para dejar de fumar
- Un programa designado para control de peso
- Un programa designado para controlar el estrés
- Un programa designado de prevención de lesiones para trabajadores
- Un programa designado de incentivo de salud o acondicionamiento físico
- Una membresía en un centro de salud o acondicionamiento físico
- Actividades designadas de bienestar en línea
- Actividades designadas saludables
- Autocontrol de enfermedades crónicas

3. Participación

El método preferido para acceder al programa de bienestar es a través de nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan. Usted necesita tener acceso a una computadora con Internet para participar en el programa del sitio web. Sin embargo, si no tiene acceso a una computadora, llámenos al 1-800-300-8181 (TTY 711) y le ofreceremos información con respecto a cómo participar sin acceso a Internet.

4. Premios

Los premios por participar en un programa de bienestar incluyen:

- Reembolso completo o parcial del costo de participar en programas para dejar de fumar o control de peso.
- Reembolso completo o parcial del costo de la membresía en un club de salud o centro de acondicionamiento físico. Le será reembolsado lo menor de \$200 o el costo real de la membresía por un periodo de seis meses.

- La exoneración o reducción de copagos, deducibles o coseguro.
- Contribuciones a una cuenta de reembolso de salud (HRA) o cuenta de ahorros de salud (HSA).
- Los premios monetarios en forma de efectivo, tarjetas o certificados de regalos, mientras el receptor sea alentado a usar el premio para un producto o servicio que promueva la buena salud, tal como libros de cocina saludable, vitaminas de venta libre o equipo de ejercicio.
- Mercancía, mientras el artículo esté dirigido a promover la buena salud, tal como libros de cocina saludable o nutricional o equipo de ejercicio.

SECCIÓN XV – PROGRAMA DE UNIDAD DE CUIDADO CENTRALIZADO PARA MANEJO DE ENFERMEDADES

Empire tiene un equipo de enfermeras certificadas llamados encargados de caso quienes ayudan a educarlo acerca de su condición y a aprender cómo manejar su cuidado. Su PCP y nuestro equipo de encargados de caso le ayudarán con sus necesidades de cuidado de la salud. Este es un programa voluntario. Los encargados de caso ofrecen apoyo por teléfono para miembros que tienen ciertas condiciones de salud:

- Diabetes
- VIH/SIDA
- Enfermedad arterial coronaria
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Hipertensión
- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Trastorno bipolar
- Trastorno depresivo grave
- Esquizofrenia
- Trastorno por el uso de sustancias

Nuestros encargados de caso también pueden ayudar con servicios de control del peso y para dejar de fumar.

Los encargados de caso de DMCCU trabajan con usted para crear objetivos de salud y lo ayudan a desarrollar un plan para lograrlos. Como miembro del programa, usted se beneficiará al tener un encargado de caso que:

- Lo escuche y se tome el tiempo para entender sus necesidades específicas
- Lo ayude a crear un plan de cuidado para lograr sus objetivos de cuidado de la salud
- Le dé las herramientas, apoyo y recursos comunitarios que puedan ayudarlo a mejorar su calidad de vida
- Le proporcione información de salud que pueda ayudarlo a tomar mejores decisiones
- Lo ayude con la coordinación del cuidado con sus proveedores

Como miembro de Empire inscrito en el programa DMCCU, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades.

Usted tiene derecho a:

- Tener información sobre su plan de salud; esta incluye todos los programas y servicios del plan, al igual que la educación y experiencia laboral de nuestro personal. También incluye los contratos que tenemos con otras empresas o agencias.
- Negarse a formar parte o cancelar la inscripción en los programas y servicios que ofrecemos
- Saber cuáles miembros del personal coordinan sus servicios de cuidado de la salud y a quién solicitarle un cambio
- Obtener ayuda de nosotros para tomar decisiones con sus doctores sobre su cuidado de la salud
- Conocer sobre todos los tratamientos relacionados con la DMCCU; estos incluyen cualquier cosa establecida en las normas clínicas, o reglas, ya sea que estén o no cubiertos por nosotros; tiene derecho a analizar todas las opciones con sus doctores
- Que su información personal y médica se mantenga privada y saber qué hacemos para mantenerla privada
- Ser tratado con cortesía y respeto por nuestro personal
- Presentar una queja ante nosotros y a ser informado sobre cómo proceder para hacerlo; esto incluye conocer sobre nuestros estándares de respuesta oportuna ante quejas y resolver las cuestiones de calidad
- Recibir información que pueda entender

Se le exhorta a:

- Seguir las recomendaciones de cuidado de la salud ofrecidas por nosotros.
- Proporcionarnos la información necesaria para poder brindar nuestros servicios.
- Informarnos y a sus doctores si decide cancelar su inscripción en el programa DMCCU.

Si tiene preguntas o desea saber más acerca de nuestro programa de manejo de enfermedades, llame al 1-888-830-4300, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local. Pida hablar con un encargado de caso. También puede dejar un mensaje privado para su encargado de caso en cualquier momento. Visite nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan.

SECCIÓN XVI – CUIDADO DE LA VISTA DE RUTINA

Consulte la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato para ver los requisitos de costo compartido, límites de días o visitas, y cualquier autorización previa o los requisitos para dicha autorización que aplica a estos beneficios.

A. Cuidado de la vista de rutina

Cubrimos cuidado de emergencia, preventivo y de rutina de la vista.

B. Exámenes de la vista

Cubrimos exámenes para el propósito de determinar la necesidad de usar lentes correctivos, y si son necesarios, ofrecer una receta para los lentes correctivos. Cubrimos un examen de la vista una vez en cualquier periodo de 12 meses; por año del plan, a menos que exámenes más frecuentes sean necesarios por motivos médicos tal como lo demuestra 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.

C. Lentes y marcos recetados

Cubrimos lentes estándares o de contacto recetados una vez en cualquier periodo de 12 meses, a menos que sea necesario por motivos médicos para usted tener nuevos lentes o lentes de contacto con más frecuencia, tal como lo demuestra la documentación apropiada. Los lentes recetados deben ser elaborados ya sea con vidrio o plástico. También cubrimos los marcos estándares adecuados para mantener los lentes una vez en cualquier periodo de 12 meses, a menos que sea necesario por motivos médicos para usted tener nuevos marcos con más frecuencia, tal como lo demuestra la documentación apropiada. Si escoge un marco no estándar, pagaremos el monto que habríamos pagado por un marco estándar y usted será responsable por la diferencia en costo entre el marco estándar y el no estándar. La diferencia en costo no aplica hacia el límite de costos de su bolsillo.

SECCIÓN XVII – CUIDADO DENTAL

Consulte la **sección de la Tabla de beneficios** de este contrato para ver los requisitos de costo compartido, límites de días o visitas, y cualquier autorización previa o los requisitos para dicha autorización que aplica a estos beneficios.

Cubrimos los siguientes servicios de cuidado dental:

A. Cuidado dental de emergencia

Cubrimos cuidado dental de emergencia, el cual incluye tratamiento de emergencia requerido para aliviar el dolor y sufrimiento causado por una enfermedad o trauma dental. El cuidado dental de emergencia no está sujeto a nuestra autorización previa.

B. Cuidado dental preventivo

Cubrimos cuidado dental preventivo que incluye los procedimientos que ayudan a prevenir que ocurra una enfermedad oral, incluyendo profilaxis (raspado y pulimiento de los dientes) dos veces por año del plan.

C. Cuidado dental de rutina

Cubrimos cuidado dental de rutina en el consultorio de un dentista, incluyendo:

- Exámenes dentales, visitas y consultas una vez dentro de un periodo consecutivo de seis meses (cuando salen los dientes primarios); dos veces por año del plan
- Radiografías, ya sean completas de la boca o panorámicas, en intervalos de 36 meses, radiografías de ala de mordida en intervalos de seis a 12 meses y otras radiografías si son necesarias por motivos médicos (una vez salgan los dientes primarios)
- Procedimientos 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

D. Endodoncia

Cubrimos servicios de endodoncia, incluyendo procedimientos para el tratamiento de cámaras y canales pulpares enfermos, cuando la hospitalización no sea necesaria.

E. Periodoncia

Cubrimos servicios limitados de periodoncia. Cubrimos servicios no quirúrgicos de periodoncia. Cubrimos servicios quirúrgicos de periodoncia necesarios para el tratamiento relacionados con trastornos hormonales, terapia de drogas o defectos congénitos. También cubrimos servicios de periodoncia, incluyendo aquellos antes de, o que lleven a la ortodoncia cubiertos según lo dispuesto en este contrato.

F. Prostodoncia

Cubrimos servicios de prostodoncia de la siguiente manera:

- Prótesis dentales removibles completas o parciales, incluyendo seis meses de cuidado de seguimiento
- Servicios adicionales incluyendo inserción de tiquetes de identificación, 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 que de otra manera tenga 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 removible, según lo demostrado por documentación médica.

No cubrimos implantes o servicios relacionados con implantes.

G. Cirugía oral

Cubrimos cirugía oral que no sea de rutina, tal como extracciones óseas parciales o completas, reimplante de dientes, trasplante de dientes, acceso quirúrgico de un diente que no ha hecho erupción, movilización de diente que ha hecho erupción o con mala posición para ayudar en la erupción y colocación de dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado. También cubrimos cirugía oral en anticipación de, o que lleve a ortodoncia que de otra forma esté cubierta bajo este contrato.

H. Ortodoncia

Cubrimos ortodoncia usada para ayudar 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 cráneo-faciales); anquilosis de la unión temporomandibular; y otras displasias esqueléticas significativas.

Los procedimientos incluyen, pero no están limitados a:

- Expansión palatina rápida (RPE).
- Colocación de partes de componentes (ejemplo: frenos, bandas).
- Tratamiento interceptivo de ortodoncia.
- Tratamiento integral de ortodoncia (durante el cual los aparatos de ortodoncia son colocados para el tratamiento activo y ajustados periódicamente).
- Terapia de aparatos removibles.
- Retención de ortodoncia (remoción de aparatos, construcción y colocación de retenedores).

SECCIÓN XVIII – EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Según lo dispuesto en este contrato no hay cobertura disponible para lo siguiente:

A. Aviación

No cubrimos servicios que surjan de la aviación, que no sea un pasajero pagando la tarifa en un vuelo programado o chárter operado por una aerolínea programada.

B. Cuidado de convalecencia y asistencial

No cubrimos servicios relacionados con las curas de reposo, cuidado asistencial o transporte. “Cuidado asistencial” significa ayuda en las actividades de transferencia, comer, vestirse, bañarse, ir al inodoro y otras relacionadas. El cuidado asistencial incluye los servicios cubiertos determinados como necesarios por motivos médicos.

C. Servicios cosméticos

No cubrimos servicios, medicamentos recetados, o cirugías cosméticas, a menos que se especifique lo contrario, salvo que la cirugía cosmética no incluirá cirugía reconstructiva cuando dicho servicio sea incidental para o después de una cirugía que resulte de un trauma, infección o enfermedades de la parte involucrada, y cirugía reconstructiva debido a una enfermedad o anomalía congénita de un niño cubierto el cual tiene como resultado un defecto funcional. También cubrimos servicios en relación con la cirugía reconstructiva después de una mastectomía, según lo ofrece en otro lugar este contrato. La cirugía cosmética no incluye la cirugía determinada como necesaria por motivos médicos. Si un reclamo se presenta retrospectivamente y sin información médica para un procedimiento listado en el 1 NYCRR 56 (ejemplo: ciertas cirugías plásticas y procedimientos de dermatología), cualquier denegación no estará sujeta al proceso de revisión de utilización en las **secciones de Revisión de utilización y Apelación externa** de este contrato a menos que se presente información médica.

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

No cubrimos cuidado o tratamiento proporcionado fuera de los Estados Unidos, sus posesiones, Canadá o México excepto para servicios de emergencia, servicios médicos de emergencia prehospitalaria y servicios de ambulancia para tratar su condición de emergencia.

E. Servicios dentales

No cubrimos servicios dentales excepto para: el cuidado o tratamiento debido a una lesión accidental a un diente sano natural dentro de un periodo de 12 meses del accidente; cuidado o tratamiento dental necesario debido a una enfermedad o anomalía congénita; o cuidado o tratamiento del cuidado dental específicamente establecido en las **secciones de Servicios ambulatorios y profesionales** de este contrato. No cubrimos servicios de ortodoncia excepto tal como está establecido específicamente en la **sección de Cuidado dental** de este contrato.

F. Tratamiento experimental o investigativo

No cubrimos cualquier servicio, procedimiento, tratamiento, dispositivo o medicamento recetado para el cuidado de la salud que sea experimental o investigativo. Sin embargo, cubriremos tratamientos experimentales o investigativos, incluyendo tratamiento para su enfermedad rara o costos del paciente por su participación en un ensayo clínico según se describe en la **sección de Servicios ambulatorios y profesionales** de este contrato, o cuando nuestra denegación de servicios sea revocada por un agente de apelación externo certificado por el Estado. Sin embargo, para los ensayos clínicos, no cubriremos los costos de los medicamentos o dispositivos investigativos, servicios que no sean de salud requeridos para que usted reciba el tratamiento, los costos del control de la investigación, o los costos que no serían cubiertos según lo dispuesto en este contrato para los tratamientos no investigativos. Consulte las **secciones de Revisión de utilización y Apelación externa** de este contrato para una mayor explicación de sus derechos de apelación.

G. Participación en delitos

No cubrimos cualquier enfermedad, tratamiento o condición médica debida a su participación en un delito, motín o insurrección. Esta exclusión no aplica a cobertura para servicios que incluyen lesiones sufridas por una víctima de un acto de violencia doméstica o por servicios como resultado de su condición médica (incluyendo tanto las condiciones de salud física como mental).

H. Cuidado del pie

No cubrimos cuidado de rutina del pie en relación con callosidades, callos, pies planos, arcos caídos, pies débiles, esguinces crónicos o quejas sintomáticas de los pies. Sin embargo, cubriremos el cuidado del pie cuando tenga una condición médica o enfermedad específica que resulte en pérdidas circulatorias o áreas de disminución de la sensación en sus piernas o pies.

I. Centro gubernamental

No cubrimos cuidado o tratamiento ofrecido en un hospital que le pertenece o es operado por cualquier entidad federal, estatal u otra gubernamental, excepto según lo requiera de otra manera por ley a menos que sea llevado al hospital más cercano del lugar donde fue lesionado o se enfermó y los servicios de emergencia sean proporcionados para tratar su condición de emergencia.

J. Necesario por motivos médicos

En general, no cubriremos ningún servicio, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o medicamento recetado para el cuidado de la salud que determinemos que no es necesario por motivos médicos. Sin embargo, si un agente de apelación externo certificado por el Estado revoca nuestra denegación, cubriremos el servicio, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o medicamento recetado para el cual se ha denegado la cobertura, hasta en la medida en que dicho servicio, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o medicamento recetado sea de otra manera cubierto según los términos de este contrato.

K. Medicare u otro programa gubernamental

No cubrimos servicios si los beneficios son ofrecidos para dichos servicios bajo el programa federal de Medicare u otro programa gubernamental (excepto Medicaid).

L. Servicio militar

No cubrimos una enfermedad, tratamiento o condición médica debido al servicio en las Fuerzas Armadas o unidades auxiliares.

M. Seguro de automóvil de no responsabilidad

No cubrimos ningún beneficio en la medida provista para cualquier pérdida o parte del mismo para el cual se recuperen o sean recuperables los beneficios obligatorios de automóvil de no responsabilidad. Esta exclusión aplica incluso si no hace un reclamo apropiado u oportuno por los beneficios disponibles para usted bajo una política obligatoria de no responsabilidad.

N. Servicios no listados

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

O. Servicios provistos por un miembro de la familia

No cubrimos servicios realizados por un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta. “Familia inmediata” significará un hijo, cónyuge, madre, padre, hermana o hermano de usted o su cónyuge.

P. Servicios facturados separadamente por empleados de hospitales

No cubrimos servicios prestados y facturados separadamente por empleados de hospitales, laboratorios u otras instituciones.

Q. Servicios sin cargo

No cubrimos servicios para los cuales normalmente no se hacen cargos.

R. Servicios de la vista

No cubrimos el examen o adaptación de anteojos o lentes de contacto excepto según lo establecido específicamente en la **sección de Cuidado de la vista de rutina** de este contrato.

S. Guerra

No cubrimos una enfermedad, tratamiento o condición médica debido a guerra, declarada o no declarada.

T. Compensación de trabajadores

No cubrimos servicios si los beneficios para dichos servicios son proporcionados bajo cualquier Compensación federal de trabajadores, ley de responsabilidad de los empleados o enfermedad ocupacional.

SECCIÓN XIX – DETERMINACIONES DE RECLAMOS

A. Reclamos

Un reclamo es una solicitud para que los beneficios o servicios sean ofrecidos o pagados de acuerdo con los términos de este contrato. Ya sea usted o el proveedor deben presentar un formulario de reclamos ante nosotros. Si el proveedor no está dispuesto a presentar el formulario de reclamo, usted deberá presentarlo ante nosotros.

B. Notificación de reclamo

Los reclamos por servicios deben incluir toda la información designada por nosotros como necesaria para procesar el reclamo, incluyendo, pero no limitado a: número de identificación del miembro; nombre; fecha de nacimiento; fecha de servicio; tipo de servicio; el cargo por cada servicio; código de procedimiento por el servicio según sea aplicable; código de diagnóstico; nombre y dirección del proveedor que hace el cargo; y registros médicos de respaldo, cuando sean necesarios. Un reclamo que no contenga toda la información necesaria no será aceptado y debe ser enviado nuevamente con toda la información necesaria. Tenemos los formularios de reclamo disponibles llamando al 1-800-300-8181 (TTY 711) o visitando nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan. Los formularios de reclamo completados deberán ser enviados a la dirección que figura en su tarjeta de identificación.

C. Periodo de tiempo para presentar reclamos

Los reclamos por servicios deben ser enviados para ser pagados dentro de un plazo de 120 días después de que reciba los servicios por los cuales se ha pedido el pago. Si no es razonablemente posible presentar un reclamo dentro de un periodo de 120 días, debe enviarlo tan pronto sea razonablemente posible.

D. Reclamos por autorizaciones previas prohibidas

No se nos exige pagar ningún reclamo, factura u otra demanda o solicitud de un proveedor por servicios de laboratorio clínico, servicios de farmacia, servicios de terapia de radiación, servicios de terapia física o servicios de radiografías o imágenes suministrados según una autorización previa prohibida por la Sección 238-a(1) de la New York Public Health Law.

E. Determinaciones de reclamos

Nuestro procedimiento para la determinación de reclamos aplica a todos los reclamos que no estén relacionados con una necesidad médica o determinación experimental o investigativa. Por ejemplo, nuestro procedimiento para la determinación de reclamos aplica a las denegaciones y autorizaciones previas del beneficio contractual. Si usted no está de acuerdo con nuestra determinación del reclamo, puede presentar una queja según lo dispuesto en la sección de Procedimientos de quejas de este contrato.

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

F. Determinaciones de reclamo previas al servicio

1. Un reclamo previo al servicio es una solicitud de que un servicio o tratamiento sea aprobado antes de haber sido recibido. Si tenemos toda la información necesaria para hacer una determinación con respecto a un reclamo de servicio previo (ejemplo: una determinación o autorización previa del beneficio cubierto), tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a quien usted designe) dentro de un plazo de 15 días de recibir el reclamo.

Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 15 días después de recibir el reclamo. Usted tendrá 45 días calendario para enviar la información. Si recibimos la información en un plazo de 45 días, nosotros tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a quien usted designe) por escrito, dentro de un plazo de 15 días después de que hayamos recibido la información. Si toda la información necesaria no es recibida en un plazo de 45 días, nosotros tomaremos una determinación en un plazo de 15 días calendario del final del periodo de 45 días.

- 5. Revisiones urgentes de servicio previo.** Con respecto a las solicitudes urgentes de servicio previo, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, lo haremos y le enviaremos una notificación a usted (o a quien usted designe) por teléfono, en un plazo de 72 horas después de recibir la solicitud. Seguirá una notificación escrita en un plazo de tres días calendario de la decisión. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Entonces usted tendrá 48 horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le proporcionaremos una notificación (o a quien usted designe) por teléfono en un plazo de 48 horas de lo anterior de nuestro recibo de la información o el final del periodo de 48 horas. Seguirá una notificación escrita en un plazo de tres días calendario de la decisión.

G. Determinaciones de reclamo después del servicio

Un reclamo después del servicio es una solicitud para un servicio o tratamiento que usted ya ha recibido. Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación en relación con un reclamo después del servicio, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a quien usted designe) en un plazo de 30 días calendario después de recibir el reclamo. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 30 días calendario. Entonces tendrá 45 días calendario para proporcionar la información. Tomaremos una determinación y le proporcionaremos una notificación a usted (o a quien usted designe) por escrito en un plazo de 15 días calendario de lo anterior de nuestro recibo de la información o el final del periodo de 45 días.

H. Pago de reclamos

Donde nuestra obligación de pagar un reclamo sea razonablemente clara, pagaremos el reclamo en un periodo de 30 días de recibirlo, cuando es enviado a través de la Internet o por correo electrónico y 45 días de recibir el reclamo cuando es enviado a través de otros medios, incluyendo impreso o por fax. Si solicitamos información adicional, pagaremos el reclamo en un periodo de 30 días para reclamos enviados a través de la Internet o por correo electrónico o 45 días para reclamos enviados por otros medios, incluyendo impreso o por fax del recibo de la información.

SECCIÓN XX – PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y QUEJAS

A. Quejas

Nuestro procedimiento de quejas aplica a cualquier problema que no esté relacionado con una necesidad médica o determinación experimental o investigativa 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.

B. Presentación de una queja

Puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono al 1-800-300-8181 (el número en su tarjeta de identificación) o por escrito para presentar una queja. Debe usar nuestro formulario de queja para quejas por escrito. Puede presentar una queja oral relacionada con una denegación de un referido o una determinación de beneficio cubierto. Podemos requerir que firme una aceptación escrita de su queja oral, preparada por nosotros. Usted o a quien usted designe tienen hasta 180 días calendario desde cuando recibieron la decisión que nos está pidiendo que revisemos para presentar la queja.

Cuando recibamos su queja, le enviaremos por correo una carta de confirmación en un plazo de 15 días laborables. 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 peticiones y discusiones en forma confidencial y no tomaremos acciones discriminatorias debido a su problema. Tenemos un proceso tanto para las quejas estándares como para las aceleradas, dependiendo de la naturaleza de su consulta.

C. 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 los siguientes periodos de tiempo:

<u>Quejas aceleradas/urgentes:</u>	Por teléfono, en un plazo antes de 48 horas de recibir toda la información necesaria o 72 horas después de recibir su queja. En un plazo de 72 horas de recibir su queja se le proporcionará una notificación escrita.
<u>Quejas previas al servicio:</u> (Una solicitud para un servicio o tratamiento que todavía no se ha proporcionado).	Por escrito, en un plazo de 30 días calendario de recibir su queja.

<u>Quejas posteriores al servicio:</u> (Un reclamo para un servicio o tratamiento que ya ha sido proporcionado).	Por escrito, en un plazo de 30 días calendario de recibir su queja.
<u>Todas las otras quejas:</u> (Que no están relacionadas con un reclamo o una solicitud para un servicio o tratamiento).	Por escrito, en un plazo de 30 días calendario de recibir su queja, pero a más tardar en 45 días calendario de recibir toda la información necesaria.

D. Apelaciones de queja

Si no está satisfecho con lo que decidimos, tiene por lo menos 60 días laborales después de tener noticias nuestras para presentar una apelación de reclamo. Puede hacer esto por sí mismo o pedir a alguien de su confianza que presente la apelación de reclamo o queja en su nombre. La apelación de reclamo o queja debe ser por escrito. Si nos llama para presentar una apelación de reclamo o queja, le enviaremos un formulario que es un resumen de su apelación verbal. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede hacer cualquier cambio necesario antes de enviarnos el formulario de vuelta. Necesitamos tener este resumen escrito antes de que podamos examinar su apelación de reclamo o queja. Si no recibimos un resumen por escrito firmado de su apelación de reclamo o queja, no podremos seguir adelante con la investigación de su apelación de reclamo o queja.

Después de que recibamos su apelación de reclamo o queja, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días laborales. La carta le informará:

- Quién está trabajando en su apelación de reclamo o queja
- Cómo ponerse en contacto con esa persona
- Si necesitamos más información

Su apelación de reclamo o queja será decidida por una o más personas calificadas en un nivel más alto que el de aquellos que tomaron la primera decisión sobre su reclamo o queja. Si su apelación de reclamo o queja involucra asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de cuidado de la salud calificados, con al menos un revisor clínico colega, que no estaban involucrados en la toma de la primera decisión sobre su reclamo o queja.

Si tenemos toda la información que necesitamos, sabrá nuestra decisión en 30 días laborales. Si una demora podría poner en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión en dos días laborales después de que tengamos toda la información que necesitamos para decidir su apelación de reclamo o queja.

Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestro razonamiento clínico, si aplica. Si todavía no está satisfecho, usted o alguien en su nombre puede presentar un reclamo ante el New York State Department of Health llamando al 1-800-206-8125.

E. Asistencia.

Si sigue descontento con nuestra determinación de la queja, o en cualquier otro momento que usted esté descontento, puede:

Llamar al New York State Department of Health al 1-800-206-8125 o escribirles en:

New York State Department of Health
Office of Health Insurance Programs
Bureau of Consumer Services – Complaint Unit
Corning Tower – OCP Room 1609

Albany, NY 12237

Correo electrónico: managedcarecomplaint@health.ny.gov

Website: www.health.ny.gov

Llamar al New York State Department of Financial Services al 1-800-342-3736 o escribirles en:

New York State Department of Financial Services

Consumer Assistance Unit

One Commerce Plaza

Albany, NY 12257

Website: www.dfs.ny.gov

Si necesita ayuda para presentar una queja o apelación, también puede ponerse en contacto con el Consumer Assistance Program independiente del estado en:

Community Health Advocates

633 Third Avenue, 10th Floor

New York, NY 10017

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

Website: www.communityhealthadvocates.org

SECCIÓN XXI – REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

A. Revisión de utilización

Revisamos los servicios de salud para establecer si los servicios son o fueron necesarios por motivos médicos o experimentales o investigativos (necesarios por motivos médicos). Este proceso es llamado revisión de utilización. La revisión de utilización incluye todas las actividades de revisión, ya sea que tengan lugar antes del servicio que se está prestando (autorización previa); cuando el servicio está siendo prestado (concurrente); o después de que el servicio sea prestado (retrospectiva). Si tiene alguna pregunta acerca del proceso de revisión de utilización, llame al 1-800-300-8181 (TTY 711). El número telefónico 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 serán hechas por: 1) médicos certificados; o 2) profesionales de cuidado de la salud autorizados, certificados, registrados o acreditados que están en la misma profesión y en la misma o una similar especialidad que el proveedor que por lo general maneja su condición médica o enfermedad o proporciona el servicio de cuidado de la salud bajo revisión; o 3) con respecto a tratamiento de trastorno por el uso de sustancias, médicos certificados o profesionales de cuidado de la salud autorizados, certificados, registrados o acreditados que se especializan en salud del comportamiento y tienen experiencia en la prestación de cursos de tratamiento para trastorno por el uso de sustancias. No remuneramos o proporcionamos incentivos financieros a nuestros empleados o revisores por determinar que los

servicios no son necesarios por motivos médicos. Hemos elaborado directrices y protocolos para ayudarnos en este proceso. Para tratamiento por el uso de sustancias, usaremos herramientas de revisión clínica basadas en evidencias y revisadas por colegas diseñadas por la OASAS que sean apropiadas para la edad del paciente. Directrices y protocolos específicos están disponibles a solicitud suya para su revisión. Para obtener mayor información, llame al 1-800-300-8181 (TTY 711) o visite nuestro sitio web en www.empireblue.com/nyessentialplan.

B. Revisiones de autorizaciones previas

Revisiones de autorizaciones previas no urgentes

Si necesitamos más información, la solicitaremos dentro de tres (3) días laborales. Entonces usted o su proveedor tendrán 45 días calendarios para enviar la información. Si nosotros recibimos la información solicitada en un plazo de 45 días, nosotros tomaremos una determinación y le proporcionaremos una notificación (o a quien usted designe) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de tres días laborales después de haber recibido la información. Si toda la información necesaria no es recibida en un plazo de 45 días, nosotros tomaremos una determinación en un plazo de 15 días calendario del final del periodo de 45 días.

Revisiones de autorizaciones previas urgentes. Con respecto a las solicitudes de autorización previa urgente, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, la tomaremos y le proporcionaremos una notificación a usted (o a quien designe) y a su proveedor, por teléfono, en un plazo de 72 horas después de recibir la solicitud. Se proporcionará una notificación escrita en un plazo de tres días laborales después de recibir la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Entonces, usted o su proveedor tendrán 48 horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a quien usted designe) y a su proveedor por teléfono y por escrito en un plazo de 48 horas de lo anterior de nuestro recibo de la información o el final del periodo de 48 horas. La notificación escrita será provista dentro de los tres días laborales antes de que recibamos la información o tres días calendario después de la notificación verbal.

Tratamiento ordenado por el tribunal. Válido en la fecha de emisión o renovación de este contrato en o después del 1 de abril de 2016, con respecto a las solicitudes para servicios de salud mental y/o trastorno por el uso de sustancias que todavía no han sido provistos, si usted (o a quien designe) certifica, en un formato prescrito por el Superintendent of Financial Services, que usted estará apareciendo, o ha aparecido, ante un tribunal de jurisdicción competente y puede estar sujeto a una orden judicial requiriendo dichos servicios, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a quien usted designe) y a su proveedor por teléfono en un plazo de 72 horas después de recibir la solicitud. La notificación escrita será proporcionada en un plazo de tres días laborales después de que recibamos la solicitud. Donde sea factible, la notificación telefónica y escrita también puede ser enviada al tribunal.

C. Revisiones concurrentes

1. Revisiones concurrentes no urgentes

Las decisiones de la revisión de utilización para servicios durante el curso de cuidado (revisiones concurrentes) se harán, y se le enviará una notificación a usted (o a quien usted designe), por teléfono y por escrito, en un plazo de un día laboral después de recibir toda la información necesaria. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de un día laboral.

Entonces usted o su proveedor tendrán 45 días calendarios para enviar la información. Tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a quien usted designe), por teléfono y por escrito, en un plazo de un día laboral después de que recibamos la información o, si no recibimos la información, en un plazo de 15 días calendario al final del periodo de 45 días.

2. Revisiones concurrentes urgentes

Para las revisiones concurrentes que incluyen una extensión del cuidado urgente, si la solicitud para cobertura se hace por lo menos 24 horas antes de la expiración de un tratamiento previamente aprobado, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a quien usted designe) por teléfono en un plazo de 24 horas después de recibir la solicitud. Se notificará por escrito dentro de un 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, nosotros tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su designado) y a su proveedor dentro de lo que sea primero, 72 horas o en un día laboral desde la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Entonces, usted o su proveedor tendrán 48 horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación escrita a usted (o a quien usted designe) dentro de lo que sea primero de día laboral o 48 horas después de que recibamos la información o, si no recibimos la información, en un plazo de 48 horas al final del periodo de 48 horas.

3. Revisiones de cuidado de la salud en el hogar

Después de recibir una solicitud para una cobertura de servicios de cuidado en el hogar después de una admisión de hospitalización, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a quien usted designe) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de un día laboral después de recibir la información necesaria. Si el día siguiente a la solicitud cae en un fin de semana o día feriado, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a quien usted designe) en un plazo de 72 horas después de recibir la información necesaria. Cuando recibamos una solicitud para servicios de cuidado en el hogar y toda la información necesaria antes de ser dado de alta de una admisión de hospitalización, no denegaremos la cobertura para dichos servicios mientras esté pendiente nuestra decisión sobre la solicitud.

4. Revisiones de tratamiento en internación para el trastorno por el uso de sustancias

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.

5. Tratamiento de trastorno por el uso de sustancias en internación en centros participantes certificados por la OASAS.

La cobertura para tratamiento de trastorno por el uso de sustancias en internación en un centro participante certificado por la OASAS no está sujeto a autorización previa. La cobertura no estará sujeta a revisión concurrente durante los primeros 14 días de la admisión en internación si

el centro certificado por la OASAS nos notifica de ambos la admisión y el plan de tratamiento inicial dentro de 48 horas de la admisión. Después de los primeros 14 días de admisión en internación, podemos revisar toda la hospitalización para determinar si es necesaria por motivos médicos. Si alguna parte de la hospitalización es denegada como no necesaria por motivos médicos, usted solo es responsable por costo compartido en la red que de otra forma se aplicaría a su admisión en internación.

D. Revisiones retrospectivas

Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a un reclamo retrospectivo, tomaremos una determinación y le notificaremos en un plazo de 30 días calendario después de recibir la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 30 días calendario. Entonces, usted y su proveedor tendrán 45 días calendario para proporcionar la información. Tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación por escrito en un plazo de 15 días calendario de lo anterior de nuestro recibo de la información o el final del periodo de 45 días.

Una vez tengamos toda la información para tomar una decisión, nuestra incapacidad para tomar una determinación sobre la revisión de utilización dentro de los periodos de tiempo aplicables establecidos anteriormente será considerada una determinación adversa sujeta a una apelación interna.

E. Revisión retrospectiva de servicios que requieren una 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.
- Si hubiésemos estado enterados de dicha información, el tratamiento, servicio o procedimiento que estaba siendo solicitado no habría sido autorizado. La determinación se toma usando los mismos estándares, criterios o procedimientos específicos que los usados durante la revisión de la autorización previa.

F. Determinaciones de anulación de terapia escalonada

Usted, su designado o su profesional de cuidado de la salud puede solicitar una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada para cobertura de un medicamento recetado seleccionado por su profesional de cuidado de la salud. Al realizar revisión de utilización para una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada, usaremos criterios de revisión clínica basados en evidencia y revisados por colegas que sean apropiados para usted y su condición médica.

1. Fundamentos y documentación de apoyo. Una solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada debe incluir fundamentos y documentación de apoyo de un profesional de cuidado de la salud, que demuestre que:

- El medicamento recetado requerido está contraindicado o es muy probable que le producirá una reacción adversa o daño físico o mental.
- Se espera que el medicamento recetado requerido sea inefectivo con base en su historial clínico, condición y régimen de medicamento recetado conocido.
- Usted ha probado el medicamento recetado requerido mientras está cubierto por nosotros o bajo su cobertura de seguro de salud anterior, u otro medicamento recetado de la misma clase farmacológica o con el mismo mecanismo de acción y ese medicamento recetado fue discontinuado debido a falta de eficacia o efectividad, efecto disminuido o un evento adverso.
- Usted está estable en un medicamento recetado seleccionado por su profesional de cuidado de la salud para su condición médica, a condición de que esto no evite que le pidamos que pruebe un equivalente genérico clasificado A-B.
- El medicamento recetado requerido no es para su beneficio porque probablemente producirá una barrera significativa a su adherencia o cumplimiento con su plan de cuidado, probablemente empeorará una condición comórbida, o probablemente disminuirá su capacidad de lograr o mantener la capacidad funcional razonable de realizar actividades diarias.

2. Revisión estándar. Haremos una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada y le daremos notificación a usted (o a su designado) y cuando sea apropiado, a su profesional de cuidado de la salud, en un plazo de 72 horas después de recibir los fundamentos y la documentación de apoyo.

3. Revisión acelerada. Si usted tiene una condición médica que pone su salud en riesgo grave sin el medicamento recetado que fue recetado por su profesional de cuidado de la salud, haremos una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada en un plazo de 24 horas después de recibir los fundamentos y la documentación de apoyo.

Si los fundamentos y la documentación de apoyo requeridos no son presentados con una solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada, solicitaremos la información en un plazo de 72 horas para revisiones de autorización previa o retrospectivas, lo menor de 72 horas o un día laboral para revisiones concurrentes y 24 horas para revisiones aceleradas. Usted o su profesional de cuidado de la salud tendrán 45 días calendario para enviar la información para revisiones de autorización previa, concurrentes o retrospectivas y 48 horas para revisiones aceleradas. Para revisiones de autorización previa, haremos una determinación y le daremos notificación a usted (o a su designado) y a su profesional de cuidado de la salud en un plazo de lo anterior de 72 horas de que recibamos la información o 15 días calendario del final del periodo de 45 días si la información no es recibida. Para revisiones concurrentes, haremos una determinación y le daremos notificación a usted (o a su designado) y a su profesional de cuidado de la salud en un plazo de lo anterior de 72 horas o un día laboral de que recibamos la información o 15 días calendario del final del periodo de 45 días si la información no es recibida. Para revisiones retrospectivas, haremos una determinación y le daremos notificación a usted (o a su designado) y a su profesional de cuidado de la salud en un plazo de lo anterior de 72 horas de

que recibamos la información o 15 días calendario del final del periodo de 45 días si la información no es recibida. Para revisiones aceleradas, haremos una determinación y le daremos notificación a usted (o a su designado) y a su profesional de cuidado de la salud en un plazo de lo anterior de 24 horas de que recibamos la información o 48 horas del final del periodo de 48 horas si la información no es recibida.

Si no hacemos una determinación en un plazo de 72 horas (o 24 horas para revisiones aceleradas) del recibo de los fundamentos y la documentación de apoyo, la solicitud de anulación del protocolo de terapia escalonada será aprobada.

Si determinamos que el protocolo de terapia escalonada debe ser anulado, autorizaremos la cobertura inmediata del medicamento recetado que ha sido recetado por su profesional de cuidado de la salud tratante. Una determinación adversa de anulación del protocolo de terapia escalonada es elegible para una apelación.

G. Reconsideración

Si no intentamos consultar con su proveedor quién recomendó el servicio cubierto antes de tomar una determinación adversa, el proveedor puede pedir una reconsideración por el mismo revisor clínico colega que tomó la determinación adversa o un revisor colega clínico designado si el revisor original no está disponible. Para las revisiones de autorizaciones previas y concurrentes, la reconsideración tendrá lugar en un plazo de un día laboral de la solicitud para reconsideración. Si se mantiene la determinación adversa, se le dará a usted y su proveedor una notificación de la determinación adversa, por teléfono y por escrito.

H. Apelaciones internas de revisión de utilización.

Usted, a quien usted designe, y en casos de una revisión retrospectiva, su proveedor, pueden pedir una apelación interna de una determinación adversa, ya sea por teléfono, o por escrito.

Tiene hasta 180 días calendario después de recibir la notificación de la determinación adversa para presentar una apelación. Reconoceremos su solicitud para una apelación interna en un plazo de 15 días calendario después de recibirla. Este reconocimiento incluirá el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona que maneja su apelación y, de ser necesario, le informará de cualquier información adicional necesaria antes de que se pueda tomar una decisión. La apelación será decidida por un revisor clínico colega que no es subordinado del revisor clínico colega que hizo la determinación adversa inicial y que es (1) un médico o (2) un profesional de cuidado de la salud en la misma o similar especialidad del proveedor que por lo general maneja la enfermedad o condición en cuestión.

1. **Denegación de servicio fuera de la red.** También tiene derecho de apelar la denegación de una solicitud de autorización previa para un servicio de salud fuera de la red cuando determinemos que dicho servicio no es materialmente diferente de un servicio de salud en la red disponible. La denegación de un servicio de salud fuera de la red es un servicio ofrecido por un proveedor no participante, pero solamente cuando el servicio no está disponible de un proveedor participante. Para una Apelación de revisión de utilización de la denegación de un servicio de salud fuera de la red, usted o a quien usted designe debe enviar:

- Una declaración escrita de su médico tratante, quien debe ser un médico autorizado, certificado o elegible por la junta como calificado para ejercer en el área de especialidad de la práctica apropiada para tratar su condición, de que el servicio de salud fuera de la red solicitado es materialmente diferente al servicio de salud alternativo disponible de un proveedor participante que nosotros aprobemos para tratar su condición; y
 - Dos (2) documentos de evidencia médica y científica disponible de que el servicio fuera de la red: 1) probablemente sea más beneficioso clínicamente para usted que el servicio en la red alternativo; y 2) que el riesgo adverso del servicio fuera de la red probablemente sería aumentado sustancialmente sobre el servicio de salud en la red.
2. **Referido fuera de la red; denegación de autorización** Usted también tendrá derecho a apelar la denegación de una solicitud de referido; una autorización para un proveedor no participante cuando determinemos que nosotros 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 denegación de autorización fuera de la red, usted o a quien usted designe debe enviar una declaración escrita de su médico tratante, quien puede ser un médico autorizado, certificado o elegible por la junta como calificado para ejercer en el área de especialidad de la práctica apropiada para tratar su condición:
- Que el proveedor participante recomendado por nosotros no tiene el entrenamiento y la experiencia adecuada para satisfacer sus necesidades particulares de cuidado de la salud para dicho servicio; y
 - Recomiende a un proveedor no participante con el entrenamiento y la experiencia adecuada para satisfacer sus necesidades particulares de cuidado de la salud quien puede ofrecer el servicio de cuidado de la salud solicitado.

I. Primer nivel; apelación estándar.

1. **Apelación de autorización previa.** Si su apelación tiene relación con una solicitud de autorización previa, nosotros decidiremos la apelación en un plazo de 30 días calendario del recibo 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 días laborales después de que se tome la determinación, pero a más tardar en 30 días calendario después del recibo de la solicitud de apelación.
2. **Apelación retrospectiva.** Si su apelación se relaciona con un reclamo retrospectivo, decidiremos la apelación en un plazo de 60 días calendario del recibo 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 días laborales después de que se tome la determinación, pero a más tardar en 60 días calendario después del recibo de la solicitud de apelación.
3. **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, servicios de salud mental y/o para trastorno

por el uso de sustancias que pueden estar sujetos a la orden de una corte, 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 al revisor clínico colega asignado a la apelación en un plazo de un día laboral después de recibir la solicitud para 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 días laborales de la recepción de la información necesaria para llevar a cabo la apelación. Se le notificará por escrito sobre la determinación a usted (o a su designado) dentro de 24 horas después de que se tome la determinación, pero a más tardar en 72 horas después del recibo de la solicitud de apelación.

Nuestra incapacidad para dar una determinación de su apelación en un plazo de 60 días calendario de recibir la información necesaria para una Apelación estándar o en un plazo de dos días laborales de recibir la información necesaria para una apelación acelerada será considerada una revocación de la determinación adversa inicial.

4. **Apelación por uso de sustancias.** Si denegamos una solicitud para tratamiento en internación para trastorno por el uso de sustancias que fue enviada por lo menos 24 horas antes de ser dado de alta de una admisión de internación, y usted y su proveedor presentan una apelación interna acelerada de nuestra determinación adversa, decidiremos la apelación en un plazo de 24 horas de recibir la solicitud de apelación. Si usted o su proveedor presentan una apelación interna acelerada y una apelación externa acelerada en un plazo de 24 horas de recibir nuestra determinación adversa, nosotros también proporcionaremos cobertura para el tratamiento en internación para trastorno por el uso de sustancias mientras esté pendiente una determinación sobre la apelación interna y externa.

J. Asistencia para la apelación.

Si necesita Asistencia para presentar una apelación, puede ponerse en contacto con el Consumer Assistance Program independiente del estado en la siguiente dirección:

Community Health Advocates
633 Third Avenue, 10th Floor
New York, NY 10017

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

SECCIÓN XXII – APELACIÓN EXTERNA

A. Su derecho a presentar una apelación externa

En algunos casos, usted tiene derecho a una apelación externa de una denegación de cobertura. Si hemos denegado una cobertura con base en que un servicio no es necesario por motivos médicos (incluyendo adecuación, entorno de cuidado de la salud, nivel de cuidado o efectividad de un beneficio cubierto); o es un tratamiento experimental o investigativo (incluyendo ensayos clínicos y tratamientos para enfermedades raras); o es un tratamiento fuera de la red, usted o su representante pueden apelar esa decisión ante un agente de apelación externo, terceras partes independientes certificadas por el Estado para llevar a cabo estas apelaciones.

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

- El servicio, procedimiento, o tratamiento debe ser de algún modo un servicio cubierto según lo dispuesto por este contrato; y
- En general, debe haber recibido una determinación adversa final a través de nuestro proceso de apelación interna. Pero, puede presentar una apelación externa, aunque usted no haya recibido una determinación adversa final a través de nuestro proceso de apelación interna si:
 - Acordamos por escrito renunciar a la apelación interna. No se nos exige aceptar su solicitud para renunciar a la apelación interna
 - Usted presenta una apelación externa al mismo tiempo que solicita una apelación interna acelerada
 - No nos adherimos a los requisitos de procesamiento de reclamos de revisión de utilización (que no sea una violación menor que probablemente no lo perjudique ni le cause daño, y demostramos que la violación fue por una buena causa o debido a asuntos más allá de nuestro control y la violación ocurre durante un intercambio en curso y de buena fe entre usted y nosotros)

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

Si hemos denegado una cobertura con base en que el servicio no es necesario por motivos médicos, usted puede apelar ante un agente de apelación externo si usted cumple con los requisitos para una apelación externa en el párrafo “A” antes mencionado.

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

Si hemos denegado una cobertura con base en que el servicio es un tratamiento experimental o investigativo (incluyendo ensayos clínicos y tratamientos para enfermedades raras), usted debe cumplir los dos requisitos para una apelación externa en el párrafo “A” antes mencionado y su médico tratante debe certificar que su condición o enfermedad es una por la cual:

1. Los servicios estándares de salud son inefectivos o médicamente inapropiados
2. No existe un servicio o procedimiento estándar más beneficioso cubierto por nosotros o
3. Existe un ensayo clínico o tratamiento para una enfermedad rara (según está definido por la ley)

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

1. Un servicio, procedimiento o tratamiento que dos documentos de evidencia médica y científica disponible indiquen que probablemente sea más beneficioso para usted que cualquier servicio estándar cubierto (solo ciertos documentos serán considerados en apoyo de esta recomendación – su médico tratante deberá ponerse en contacto con el Estado para obtener información actualizada en cuanto a qué documentos serán considerados o aceptables)
2. Un ensayo clínico para el cual usted es elegible (solo ciertos ensayos clínicos pueden ser considerados)
3. Un tratamiento de una enfermedad rara para la cual su médico tratante certifica que no hay un tratamiento estándar que probablemente sea más beneficioso clínicamente para usted que el servicio solicitado, es probable que dicho servicio lo beneficie en el tratamiento de su enfermedad rara, y dicho beneficio sobrepasa el riesgo del servicio. Además, su médico tratante debe certificar que su condición es una enfermedad rara que actualmente está o estuvo previamente sujeta a un estudio de investigación por los National Institutes of Health Rare Disease Clinical Research Network o que afecta a menos de 200,000 residentes de los Estados Unidos por año.

Para propósitos de esta sección, su médico tratante debe estar autorizado, certificado o elegible por una junta como médico calificado para ejercer en el área apropiada para tratar su condición o enfermedad. Además, para un tratamiento de enfermedad rara, el médico tratante puede no ser su médico de cabecera.

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

Si hemos denegado la cobertura de un tratamiento fuera de la red debido a que no es materialmente diferente del servicio de salud disponible en la red, usted puede apelar ante un agente de apelación externo si cumple los dos requisitos para una apelación externa en el párrafo “A” antes mencionado, y usted ha pedido una autorización previa para el tratamiento fuera de la red.

Además, su médico tratante debe certificar que el servicio fuera de la red es materialmente diferente del servicio alternativo de salud recomendado en la red, y basado en dos documentos de evidencia médica y científica disponible, que es probable que sea clínicamente más beneficioso que el tratamiento alternativo en la red y que el riesgo adverso del servicio de salud solicitado probablemente no sería sustancialmente mayor sobre el servicio alternativo de salud en la red.

El médico tratante debe estar autorizado, certificado o elegible por una junta como médico calificado para ejercer en el área especializada apropiada para tratarlo por el servicio de salud.

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

Si hemos denegado la cobertura de una solicitud para una autorización de un proveedor no participante porque determinamos que tenemos un proveedor participante con el entrenamiento y la experiencia necesaria para satisfacer sus necesidades particulares de cuidado de la salud quien puede ofrecer el servicio solicitado de cuidado de la salud, usted puede apelar ante un agente de

apelación externa si usted cumple con los dos requisitos para una apelación externa en el párrafo “A” antes mencionado.

Además, su médico tratante debe: certificar que el proveedor participante recomendado por nosotros no tiene el entrenamiento y la experiencia adecuada para satisfacer sus necesidades particulares de cuidado de la salud; y recomendar a un proveedor no participante con el entrenamiento y la experiencia adecuada para satisfacer sus necesidades particulares de cuidado de la salud quien pueda ofrecer el servicio solicitado de cuidado de la salud.

Para propósitos de esta sección, su médico tratante debe estar autorizado, certificado o elegible por una junta como médico calificado para ejercer en el área de especialidad apropiada para tratarlo por el servicio de salud.

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

Si hemos denegado su solicitud para cobertura de un medicamento recetado que no sea del formulario a través de nuestro proceso de excepción al formulario, usted, a quien usted designe o el profesional de cuidado de la salud que receta pueden apelar la denegación de excepción al formulario ante un agente de apelación externo. Consulte la **sección de cobertura de medicamentos recetados** de este contrato para obtener mayor información sobre el proceso de excepción al formulario.

G. El proceso de apelación externa

Usted como miembro tiene cuatro meses desde que recibió la determinación adversa final o desde que recibió una renuncia al proceso de apelación interna para presentar una solicitud escrita para una apelación externa. Usted tiene 60 días desde que recibió la determinación adversa final o desde que recibió la renuncia de la apelación interna para presentar una apelación externa.

Si está presentando una apelación externa basada en nuestra incapacidad para adherirnos a los requisitos del procesamiento de reclamos, tiene cuatro meses desde dicha incapacidad para presentar una solicitud escrita para una apelación externa.

Le proporcionaremos una solicitud de apelación externa con la determinación adversa final emitida a través de nuestro proceso de apelación interna o nuestra renuncia a una apelación interna. Usted puede solicitar una solicitud de apelación interna del New York State Department of Financial Services al 1-800-400-8882. Envíe la solicitud completada al Department of Financial Services a la dirección indicada en la solicitud. Si usted cumple con los criterios para una apelación externa, el Estado le enviará la solicitud a un agente de apelación externa certificado.

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 nuestra denegación, el agente de apelación externa compartirá esta información con nosotros con el fin de que ejerzamos nuestro derecho a reconsiderar nuestra decisión. Si elegimos ejercer este derecho, tendremos tres días laborales para enmendar o confirmar nuestra decisión. Tenga en cuenta que en el caso de una apelación externa acelerada (descrita a continuación), no tenemos el derecho de reconsiderar nuestra decisión.

En general, el agente de apelación externa debe tomar una decisión en un plazo de 30 días después de recibir su solicitud completada. El agente de apelación externa puede solicitar información adicional de usted, su médico, o nosotros. Si el agente de apelación externa solicita información adicional, él tendrá cinco días laborales adicionales para tomar su decisión. El agente de apelación externa debe notificar a usted por escrito su decisión en un plazo de dos días laborales.

Si su médico tratante certifica que una demora en proporcionar el servicio que ha sido denegado supone una amenaza inminente o grave para su salud; o si su médico tratante certifica que el periodo de tiempo de la apelación externa estándar pondría en riesgo seriamente su vida, salud o habilidad para recuperar su función máxima; o si usted recibió un servicio de emergencia y no ha sido dado de alta de un centro y la denegación afecta la admisión, disponibilidad del cuidado, o estadía continua, usted puede pedir una apelación externa acelerada. En ese caso, el agente de apelación externa debe tomar una decisión en un plazo de 72 horas desde el recibo de su solicitud completada. Inmediatamente después de llegar a una decisión, el agente de apelación externa debe notificarle a usted y nosotros por teléfono o fax de esa decisión. El agente de apelación externa también debe notificar a usted por escrito su decisión.

Si su solicitud interna de excepción al formulario recibió una revisión estándar a través de nuestro proceso de excepción al formulario, el agente de apelación externa debe tomar una decisión sobre su apelación externa y notificarle a usted o a quien usted designe y al profesional de cuidado de la salud recetante en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud completada. Si el agente de apelación externa revoca nuestra denegación, nosotros cubriremos el medicamento recetado mientras usted esté tomando dicho medicamento, incluyendo cualquier reabastecimiento.

Si su solicitud interna de excepción al formulario recibió una revisión acelerada a través de nuestro proceso de excepción al formulario, el agente de apelación externa debe tomar una decisión sobre su apelación externa y notificarle a usted o a quien usted designe y al profesional de cuidado de la salud recetante en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud completada. Si el agente de apelación externa revoca nuestra denegación, cubriremos el medicamento recetado mientras usted sufra de la condición de salud que pueda poner en riesgo seriamente su vida, salud o habilidad para recuperar su función máxima o por la duración de su curso actual de tratamiento al usar el medicamento recetado que no es del formulario.

Si el agente de apelación externa revoca nuestra decisión de que un servicio no es necesario por motivos médicos o aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o investigativo o un tratamiento fuera de la red, ofreceremos la cobertura sujeta a los otros términos y condiciones de este contrato. Tenga en cuenta que si el agente de apelación externa aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o investigativo que sea parte de un ensayo clínico, solo cubriremos el costo de servicios requeridos para suministrarle tratamiento de acuerdo con el diseño del ensayo. No seremos responsables por los costos de medicamentos o dispositivos investigativos, los costos de servicios de cuidado de la no salud, los costos de administración de la investigación, o los costos que no estarían cubiertos según lo dispuesto en este contrato para tratamientos no investigativos proporcionados en el ensayo clínico.

La decisión del agente de apelación externa es vinculante para usted y nosotros. La decisión del agente de apelación externa es admisible en cualquier procedimiento judicial.

H. Sus responsabilidades

Es su responsabilidad comenzar el proceso de apelación externa

Usted puede comenzar el proceso de apelación externa presentando una solicitud completada al New York State Department of Financial Services. Usted puede nombrar un representante para ayudarlo con su solicitud; sin embargo, el Department of Financial Services puede ponerse en contacto con usted y pedirle que confirme por escrito que usted ha nombrado al representante.

Según lo dispuesto por la ley del Estado de New York, su solicitud completada para una apelación externa debe ser presentada en un periodo de cuatro meses ya sea de la fecha en la cual usted recibe una determinación adversa final, o la fecha en la cual recibe una renuncia por escrito de cualquier apelación interna, o nuestra incapacidad para adherirnos a los requisitos del procesamiento de reclamos. No tenemos autoridad para extender esta fecha límite.

SECCIÓN XXIII – FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

A. Finalización automática de este contrato

1. A su muerte
2. Cuando cumpla 65 años, su cobertura finalizará al final del mes en el cual los cumpla o sea elegible para Medicare
3. Cuando sea elegible para Medicaid o se inscriba en el Programa Medicaid, su cobertura finalizará al final del mes en el cual se determina que usted es elegible para Medicaid
4. Cuando sus ingresos exceden el 200 por ciento del Nivel federal de pobreza, su cobertura finalizará al final del mes en el cual sus ingresos han cambiado
5. Cuando usted haya tenido un cambio en el estado migratorio que lo hace elegible para otra cobertura, incluyendo Medicaid, y su cobertura finalizará al final del mes antes de que se determine que usted es elegible para Medicaid
6. Cuando está inscrito en un programa diferente a través del NY State of Health Marketplace

B. Finalización por usted

Usted puede finalizar este contrato en cualquier momento al darle al NYSOH por lo menos 14 días de notificación previa por escrito.

C. Finalización por nosotros

Podemos finalizar este contrato con una notificación por escrito de 30 días por anticipado como sigue:

1. No pago de primas

Usted debe pagarnos las primas en cada fecha límite de la prima. Aunque cada prima se vence para la fecha límite, hay un periodo de gracia para el pago de cada prima. Si el pago de la prima no es recibido para el final del periodo de gracia, la cobertura finalizará como sigue:

- Si no paga la prima requerida en un plazo de 30 días de gracia, este contrato finalizará el último día de dicho periodo. Usted no será responsable por pagar cualquiera reclamo enviado durante el periodo de gracia si ya ha finalizado este contrato.

2. Fraude o falsa declaración intencional de un hecho material

Si usted ha realizado un acto que constituya un fraude o ha hecho una falsa declaración intencional de un hecho material por escrito en su solicitud de inscripción, o para obtener cobertura para un servicio, este contrato finalizará inmediatamente con una notificación escrita para usted de parte del NYSOH. Sin embargo, si hace una falsa declaración intencional de un hecho material por escrito en su solicitud de inscripción, nosotros rescindiremos este contrato si los hechos falsificados nos habrían llevado a rechazar expedir este contrato y la solicitud está adjunta al mismo. Rescisión significa que la finalización de su cobertura tendría un efecto retroactivo de hasta un año; la emisión de este contrato

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

4. La fecha en que el contrato finaliza porque dejamos de ofrecer la clase de contratos a la cual pertenece este contrato, sin importar la experiencia en reclamos o el estado de salud relacionado de este contrato. Le ofreceremos por lo menos cinco meses de notificación previa por escrito.
5. La fecha del contrato termina porque finalizamos o dejamos de ofrecer toda cobertura de gastos de hospital, cirugía o médico en el mercado individual, en este Estado. Le ofreceremos por lo menos 180 días de notificación previa por escrito.

Ninguna finalización perjudicará el derecho para reclamar los beneficios que surgieron antes de dicha finalización.

SECCIÓN XXIV – DERECHOS TEMPORALES DE SUSPENSIÓN PARA MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS

Si usted, el suscriptor, es miembro de un componente de reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluyendo la Guardia Nacional, usted tiene derecho a la suspensión temporal de la cobertura durante el servicio activo y la restitución de cobertura al final del servicio activo si:

1. Su servicio activo es extendido durante un periodo cuando el presidente está autorizado a ordenar que las unidades de la reserva entren a servicio activo, siempre y cuando dicho servicio activo adicional sea a solicitud y para la conveniencia del gobierno federal y
2. Usted sirvió no más de cinco años de servicio activo

Usted nos debe hacer una solicitud por escrito para que su cobertura sea suspendida durante un periodo de servicio activo. Sus primas no devengadas serán reembolsadas durante el periodo de dicha suspensión.

A la finalización del servicio activo, su cobertura puede ser reanudada siempre y cuando usted:

1. Nos haga una solicitud por escrito
2. Remita la prima en un plazo de 60 días de la finalización del servicio activo

El derecho de reanudación extiende la cobertura para sus dependientes. Para cobertura que fue suspendida mientras estaba en servicio activo, la cobertura será retroactiva a la fecha en la cual el servicio activo finalizó.

SECCIÓN XXV – DISPOSICIONES GENERALES

1. Acuerdos entre nosotros y los proveedores participantes

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

2. Cesión

a ninguna persona, corporación u otra organización a menos que sea una cesión a su proveedor para una factura sorpresa. Cualquier cesión por usted que no sea dinero adeudado para una factura sorpresa será nula. Cesión significa la transferencia a otra persona o a una organización de su derecho a los servicios proporcionados bajo este contrato o su derecho a cobrar dinero de nosotros por esos servicios.

3. Cambios en este contrato

Unilateralmente, podremos cambiar este contrato a su renovación, si nosotros le damos aviso por escrito con 45 días de anticipación.

4. Elección de ley

Este contrato estará regido por las leyes del Estado de New York.

5. Error administrativo

Un error administrativo, ya sea por usted o nosotros, con respecto a este contrato o cualquier documentación emitida por nosotros en relación con este contrato o de acuerdo con cualquier registro relativo a la cobertura bajo este documento, no modificará o invalidará la cobertura válidamente en vigencia de otra forma o continuará cobertura válidamente terminada de otra forma.

6. Conformidad con la ley

Cualquier término de este contrato, el cual esté en conflicto con las leyes del Estado de New York o con cualquier ley federal aplicable que imponga requisitos adicionales de lo que se requiere bajo las leyes del Estado de New York, será enmendado para cumplir con los requisitos mínimos de dicha ley.

7. Limitaciones de continuación de beneficios

Algunos de los beneficios en este contrato pueden estar limitados a un número específico de visitas. Usted no tendrá derecho a ningún beneficio adicional si el estado de su cobertura debe cambiar durante el año. Por ejemplo, su cobertura finaliza y usted se inscribe en el producto posteriormente en el año.

8. Acuerdo completo

Este contrato, incluyendo cualquier respaldo, cláusula y las solicitudes adjuntas, de haber alguna, constituye el acuerdo completo.

9. Fraude y facturación abusiva

Tenemos procesos para revisar reclamos antes y después del pago para detectar fraude y facturación abusiva. Los miembros que buscan servicios de proveedores no participantes podrían recibir facturación de saldo de cargos adicionales por parte del proveedor no participante para aquellos servicios que se determina que no serán pagaderos como resultado de una creencia razonable de fraude u otra conducta indebida intencional o facturación abusiva.

10. Suministro de información y auditoría

Usted nos suministrará con rapidez toda la información y los registros que podamos requerir de vez en cuando para realizar nuestras obligaciones bajo este contrato. Debe proporcionarnos información por teléfono para fines tales como los siguientes: permitirnos determinar el nivel de cuidado que necesita; de modo que nosotros podamos certificar el cuidado autorizado por su médico; o tomar decisiones con respecto a la Necesidad Médica de su cuidado.

11. Tarjetas de identificación

Las tarjetas de identificación (ID) son emitidas por nosotros solo para fines de identificación. La posesión de cualquier tarjeta de identificación no confiere ningún derecho a servicios o beneficios bajo este contrato. Para tener derecho a dichos servicios o beneficios, sus primas deben ser pagadas totalmente al momento en que se intente recibir los servicios.

12. Indisputabilidad

Ninguna declaración hecha por usted en una solicitud para cobertura bajo este contrato anulará el contrato o será usada en cualquier acción judicial a menos que la solicitud o una copia exacta esté adjunta a este contrato. Después de dos años de la fecha de emisión de este contrato,

ninguna declaración falsa, excepto por declaraciones falsas fraudulentas hechas por usted en la solicitud para cobertura, será usada para anular el contrato o denegar un reclamo.

13. Contratistas independientes

Los proveedores participantes son contratistas independientes. No son nuestros agentes o empleados. Nosotros y nuestros empleados no somos agentes o empleados de ningún proveedor participante. Nos somos responsables por ningún reclamo o demanda a cuenta de daños que surjan de, o estén relacionados de cualquier forma con, cualquier lesión que se alegue sea sufrida por usted mientras estaba recibiendo cuidado de cualquier proveedor participante o en cualquier centro de un proveedor participante.

14. Aportes en el desarrollo de nuestras pólizas

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar pólizas que den mejor servicio a nuestros miembros.

Si tiene ideas, háblenos sobre ellas. Usted puede participar en el desarrollo de nuestras pólizas llamando a Servicios al Miembro al 1-800-300-8181 (TTY 711).

15. Accesibilidad del material

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

16. Más información acerca de Empire

Usted puede solicitar información adicional acerca de su cobertura bajo este contrato. A solicitud suya, proporcionaremos la información siguiente:

- Una lista de los nombres, direcciones comerciales y cargos oficiales de nuestra junta directiva, oficiales y miembros; y nuestro estado financiero certificado anual más reciente, el cual incluye un balance general y un resumen de los recibos y desembolsos
- La información que proporcionamos al Estado con respecto a los reclamos de nuestros clientes
- Una copia de nuestros procedimientos para mantener la confidencialidad de la información del suscriptor
- Una copia de nuestro formulario de medicamentos. Usted también puede preguntar si un medicamento específico está cubierto bajo este contrato.
- Una descripción escrita de nuestro programa de aseguramiento de la calidad
- Una copia de nuestra política médica con respecto a un medicamento experimental o investigativo, dispositivo o tratamiento médico en ensayos clínicos
- Las afiliaciones de los proveedores con hospitales participantes
- Una copia de nuestros criterios de revisión clínica (por ejemplo: criterios de necesidad médica), y cuando sea apropiado, otra información clínica que podamos considerar con respecto a una enfermedad específica, curso de tratamiento o lineamientos de revisión de utilización, incluyendo criterios de revisión clínica relacionados con una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada
- Procedimientos de solicitud y requisitos de calificación mínimos escritos para proveedores
- Documentos que contienen los procesos, las estrategias, los estándares de evidencia y otros factores usados para aplicar una limitación de tratamiento con respecto a beneficios

médicos/quirúrgicos y beneficios de salud mental o trastorno por el uso de sustancias bajo este contrato

17. Notificación

Cualquier notificación que le demos bajo este contrato será enviada por correo a su dirección tal como aparece en nuestros registros. Usted acepta proporcionarnos notificación de cualquier cambio de su dirección. Si usted tiene que darnos alguna notificación, la misma debe ser enviada por correo de Estados Unidos, primera clase, porte prepago a:

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

18. Pago de la prima

La prima inicial es pagadera un mes por adelantado por parte del suscriptor a nosotros en nuestra oficina. La prima del primer mes, de haber alguna, se adeuda y es pagadera a la presentación de la solicitud. La cobertura comenzará en la fecha efectiva del contrato según se define en este documento. Las primas subsiguientes se adeudan y son pagaderas el primer día de cada mes en lo sucesivo. Si se hace por error el pago de una prima, le emitiremos un reembolso del monto pagado en exceso.

19. Recuperación de pagos en exceso

A veces, un pago será hecho para usted cuando no está cubierto, para un servicio que no está cubierto o que es más de lo apropiado. Cuando suceda esto, le explicaremos el problema y usted debe devolvernos el monto del pago en exceso en un plazo de 60 días después de recibir nuestra notificación. Sin embargo, nosotros no iniciaremos esfuerzos de recuperación de pagos en exceso más de 24 meses después de que el pago original fue hecho a menos que nosotros tengamos una creencia razonable de fraude u otra conducta indebida intencional.

20. Fecha de renovación

La fecha de renovación para este contrato es 12 meses después de la fecha efectiva de este contrato. Este contrato se renovará automáticamente cada año en la fecha de renovación, siempre y cuando usted siga siendo elegible bajo el contrato y a menos que sea finalizado de otra forma por nuestra parte según lo permita este contrato. El contrato no se renueva automáticamente y se necesita una acción de parte del miembro como mínimo anualmente. El miembro debe ser referido al Departamento de Retención para cualquier pregunta sobre renovación al 1-888-809-8009.

21. Restablecimiento después de incumplimiento

Si usted incumple cualquier pago bajo este contrato, la aceptación subsiguiente de pago por nosotros o por uno de nuestros agentes o corredores autorizados restablecerá el contrato. La aceptación de un pago subsiguiente apoya el restablecimiento, pero con una posible interrupción en cobertura.

22. Derecho a desarrollar lineamientos y reglas administrativas

Podemos desarrollar o adoptar estándares que describen con más detalle cuándo nosotros haremos o no haremos pagos bajo este contrato. Ejemplos del uso de los estándares son determinar si: el

cuidado hospitalario en internación era necesario por motivos médicos; la cirugía era necesaria por motivos médicos para tratar su enfermedad o lesión; o ciertos servicios son cuidado especializado. Esos estándares no serán contrarios a las descripciones en este contrato. Si usted tiene una pregunta acerca de los estándares que aplican a un beneficio particular, puede ponerse en contacto con nosotros y nosotros explicaremos los estándares o le enviaremos una copia de los estándares. También podemos desarrollar reglas administrativas relativas a inscripción y otros asuntos administrativos. Tendremos todos los poderes necesarios o apropiados que nos permitan realizar nuestras tareas en relación con la administración de este contrato.

Revisamos y evaluamos nueva tecnología de acuerdo con criterios de evaluación tecnológica desarrollados por nuestros directores médicos y revisados por un comité designado, el cual consta de profesionales de cuidado de la salud de diversas especialidades médicas. Las conclusiones del comité están incorporadas en nuestras políticas médicas para establecer protocolos de decisión para determinar si un servicio es necesario por motivos médicos, experimental o investigativo, o está incluido como un beneficio cubierto.

23. Derecho de compensación

Si nosotros hacemos el pago de un reclamo para usted o en su nombre por error o usted nos adeuda algún dinero, usted debe pagarnos el monto que nos debe. Excepto según lo requiera la ley de otra forma, si le adeudamos un pago para otros reclamos recibidos, nosotros tenemos derecho a restar cualquier monto que usted nos adeude de cualquier pago que nosotros le adeudemos.

24. Marcas de servicio

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

25. Divisibilidad

La inaplicabilidad o invalidez de cualquier disposición de este contrato no afectará la validez y la aplicabilidad del resto de este contrato.

26. Cambio significativo en circunstancias

Si no podemos coordinar servicios cubiertos según lo dispuesto bajo este contrato como resultado de eventos fuera de nuestro control, nosotros haremos un esfuerzo de buena fe para hacer coordinaciones alternas. Estos eventos podrían incluir un desastre importante, epidemias, la destrucción completa o parcial de instalaciones, disturbios, insurrección civil, incapacidad de una parte significativa del personal de los proveedores participantes o causas similares. Haremos intentos razonables para coordinar servicios cubiertos. Nosotros y nuestros proveedores participantes no seremos responsables por el retraso, o la incapacidad de proporcionar o coordinar servicios cubiertos si dicha incapacidad o retraso es causado por un evento tal.

27. Subrogación y reembolso

Estos párrafos aplican cuando otra parte (incluyendo cualquier aseguradora) sea, o pueda encontrarse que sea, responsable por su lesión, enfermedad u otra condición y nosotros hayamos proporcionado beneficios relacionados con esa lesión, enfermedad o condición. Según lo permitido por la ley estatal aplicable, a menos que sea invalidado por la ley federal, podemos ser subrogados a todos los derechos de recuperación contra dicha parte (incluyendo su propia aseguradora) para los beneficios que nosotros hemos proporcionados a Usted bajo este contrato. Subrogación

significa que tenemos derecho, independientemente de Usted, a proceder directamente contra la otra parte para recuperar los beneficios que nosotros hemos proporcionado.

Sujeto a la ley estatal aplicable, a menos que sea anulado por la ley federal, nosotros tenemos derecho de reembolso si usted o cualquier persona en su nombre recibe pago de cualquier parte responsable (incluyendo su propia aseguradora) de cualquier arreglo, veredicto o réditos de seguro, en relación con una lesión, enfermedad o condición para la cual nosotros proporcionamos beneficios. Bajo la Sección 5-335 de la New York General Obligations Law, nuestro derecho de recuperación no aplica cuando se llega a un arreglo entre un demandante y un demandado, a menos de que exista un derecho establecido por ley de reembolso. La ley también estipula que, al entrar a un acuerdo, se presume que usted no tomó ninguna acción contra nuestros derechos o violó ningún contrato entre usted y nosotros. La ley presume que el acuerdo entre usted y la parte responsable no incluye compensación para el costo de servicios de cuidado de la salud para los cuales nosotros proporcionamos beneficios.

Le solicitamos que nos notifique en un plazo de 30 días de la fecha cuando cualquier notificación sea dada a cualquier parte, incluyendo una aseguradora o un abogado, de su intención de buscar o investigar un reclamo para recuperar daños y perjuicios u obtener compensación debido a lesión, enfermedad o una condición mantenida por usted para la cual nosotros hemos proporcionado beneficios. Usted debe proporcionar toda la información solicitada por nosotros o nuestros representantes incluyendo, pero sin limitarse a, completar y enviar cualquier solicitud u otro formulario o declaración como nosotros podamos razonablemente solicitar.

28. Beneficiarios terceros

Este contrato no tiene la intención de crear ningún beneficiario tercero y nada en este contrato conferirá a dicha persona o entidad que no sea usted o nosotros ningún derecho, beneficio o remedio de ninguna naturaleza que sea bajo o por razón de este contrato. Ninguna otra parte puede exigir el cumplimiento de las disposiciones de este contrato o buscar cualquier remedio que surja de ya sea usted o su desempeño o el no desempeño de cualquier parte de este contrato, o iniciar acciones o persecuciones por la violación de algún término de este contrato.

29. Tiempo para demandar

Ninguna acción en ley o en derecho podrá ser mantenida contra nosotros antes del vencimiento de 60 días después de que la presentación por escrito de un reclamo nos haya sido suministrada según lo requiere este contrato. Usted debe iniciar cualquier demanda contra nosotros bajo este contrato dentro de dos años desde la fecha en que se requiere que el reclamo sea presentado.

30. Servicios de traducción

Hay disponibles servicios de traducción bajo este contrato para suscriptores que no hablan inglés. Póngase en contacto con nosotros al 1-800-300-8181 (TTY 711) para acceder a estos servicios.

31. Jurisdicción para acciones legales

Si surge una disputa bajo este contrato, la misma debe ser resuelta en un tribunal ubicado en el Estado de New York. Usted acepta no iniciar una demanda contra nosotros en un tribunal en ninguna otra parte. Usted también da consentimiento a los tribunales del Estado de New York para que tengan jurisdicción personal sobre usted. Eso significa que, cuando se hayan seguido los

procedimientos apropiados para iniciar una demanda en estos tribunales, los tribunales pueden ordenarle que se defienda contra cualquier acción que nosotros hayamos iniciado en su contra.

32. Desistimiento

El desistimiento de cualquier parte de cualquier violación de cualquier disposición de este contrato no será considerado como un desistimiento de cualquier violación subsiguiente de la misma o de cualquier otra disposición. El no ejercer cualquier derecho en virtud de esto no funcionará como un desistimiento de dicho derecho.

33. Quién puede cambiar este contrato

Este contrato no puede ser modificado, enmendado o cambiado, excepto por escrito y que esté firmado por nuestro Presidente o una persona designada por el Presidente. Ningún empleado, agente u otra persona está autorizada para interpretar, enmendar, modificar o cambiar de otra forma este contrato en una forma que amplíe o limite el alcance de la cobertura, o las condiciones de elegibilidad, inscripción o participación, a menos que sea por escrito y esté firmado por el Presidente o una persona designada por el Presidente.

34. Quién recibe pago bajo este contrato

Los pagos bajo este contrato por servicios proporcionados por un proveedor participante serán hechos directamente por nosotros al proveedor. Si usted recibe servicios de un proveedor no participante, nos reservamos el derecho a pagar ya sea a usted o al proveedor. Si usted asigna beneficios de una factura sorpresa a un proveedor no participante, le pagaremos directamente al proveedor participante. Consulte la **sección de Cómo trabaja su cobertura** de este contrato para obtener más información sobre facturas sorpresa.

35. La compensación de trabajadores no está afectada

La cobertura proporcionada bajo este contrato no es en lugar de y no afecta ningún requisito para cobertura brindado por el seguro de compensación de trabajadores o la ley.

36. Sus registros e informes médicos

Con el fin de proporcionarle cobertura bajo este contrato, podría ser necesario que obtengamos sus registros médicos e información de proveedores que lo hayan tratado. Nuestras acciones para proporcionar esa cobertura incluyen procesamiento de sus reclamos, revisión de quejas, apelaciones o reclamos que involucran su cuidado y revisiones de aseguramiento de la calidad de su cuidado, ya sea con base en un reclamo específico o una auditoria de rutina de casos seleccionados al azar. Al aceptar cobertura bajo este contrato, excepto según lo prohibido por la ley estatal o federal, automáticamente usted nos da su permiso a nosotros o a nuestro designado para obtener y usar sus registros médicos para esos fines y usted autoriza a todos y a cada uno de los proveedores que le prestan servicios para:

- Divulgar todos los datos relacionados con su cuidado, tratamiento y condición física a nosotros o a un profesional de salud médica, dental o mental que nosotros podamos emplear para ayudarnos a revisar un tratamiento o reclamo, o en relación con un reclamo o revisión de calidad del cuidado
- Suministrar informes relacionados con su cuidado, tratamiento y condición física a nosotros o a un profesional de salud médica, dental o mental que nosotros podamos emplear para ayudarnos a revisar un tratamiento o reclamo
- Permitir la copia de sus registros por parte de nosotros

Aceptamos mantener su información médica de conformidad con los requisitos de confidencialidad estatales y federales. Sin embargo, hasta el grado permitido bajo la ley estatal o federal, usted nos da permiso automáticamente para compartir su información con el New York State Department of Health y otras agencias federales, estatales y locales autorizadas, que tengan autoridad sobre el Essential Plan, organizaciones de supervisión de la calidad y terceros con los cuales nosotros tenemos contrato para ayudarnos en la administración de este contrato, siempre y cuando ellos también acepten mantener la información de conformidad con los requisitos de confidencialidad estatales y federales. Si usted desea retirar cualquier permiso que dio para divulgar esta información, puede llamarnos al 1-800-300-8181 (TTY 711).

37. Sus derechos

Tiene derecho a obtener información completa y actual con respecto a diagnóstico, tratamiento y pronóstico de un médico u otro proveedor en términos que usted pueda razonablemente entender.

Cuando no sea aconsejable darle dicha información, la información será puesta a disposición de una persona apropiada que actúe en su nombre.

Tiene derecho a recibir información de su médico u otro proveedor que usted necesite con el fin de dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento.

Tiene derecho a rechazar tratamiento hasta el grado permitido por la ley y a ser informado de las consecuencias médicas de esa acción.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

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.

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 de 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 de 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 funerarias 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
- Para 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 esta. 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 enviarles 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 Servicios al Miembro al **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 contactarse 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 Health Insurance Portability and Accountability Act (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, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Revisado el 11 de enero de 2016

ESSENTIAL PLAN SECCIÓN XXVII – EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS TABLA DE BENEFICIOS

*Para más detalles vea la **Descripción de beneficios** en el contrato.

Los servicios de proveedor participante no están cubiertos para ningún servicio distinto a aquellos relacionados con cuidado de emergencia y usted paga el costo completo para servicios realizados por un proveedor no participante excepto en casos relacionados con cuidado de emergencia.

COSTO COMPARTIDO	ESSENTIAL PLAN 1
Deducible <ul style="list-style-type: none"> Individual 	\$0
Límite gastos de su bolsillo <ul style="list-style-type: none"> Individual <p>Los deducibles, el coseguro y los copagos que componen su límite de gastos de su bolsillo se acumulan con base en un año del plan.</p>	\$2,000
VISITAS AL CONSULTORIO	
Visitas al consultorio de cuidado primario (o visitas al hogar)	\$15
Visitas al consultorio del especialista (o visitas al hogar)	\$25
CUIDADO PREVENTIVO	
<ul style="list-style-type: none"> Examen físico anual para adultos Exámenes* Inmunizaciones para adultos* Servicios ginecológicos de rutina/exámenes de mujer sana* Mamografías, examen y diagnóstico por imágenes para la detección de cáncer de mamas* Procedimientos de esterilización para mujeres* Vasectomía 	<p>Cubiertos en su totalidad</p> <p>Cubiertos en su totalidad</p> <p>Cubiertos en su totalidad</p> <p>Cubiertos en su totalidad</p> <p>Cubiertos en su totalidad</p> <p>Vea la sección de Servicios quirúrgicos</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de densidad ósea* • Examen de detección de cáncer de próstata <ul style="list-style-type: none"> • Realizado en el consultorio del PCP • Realizada en el consultorio del especialista • Todos los otros servicios preventivos requeridos por USPSTF y HRSA • *Cuando los servicios preventivos no son proporcionados de acuerdo con los lineamientos integrales respaldados por USPSTF y HRSA 	<p>Cubiertos en su totalidad</p> <p>\$15</p> <p>\$25</p> <p>Cubiertos en su totalidad</p> <p>Use el costo compartido para el servicio apropiado (visita al consultorio de cuidado primario, visita al consultorio de especialista, servicios de radiología diagnóstica, procedimientos de laboratorio y pruebas diagnósticas)</p>
CUIDADO DE EMERGENCIA	
Servicios médicos de emergencia prehospitalaria (servicios de ambulancia)	\$75
Servicios de ambulancia que no sea de emergencia	\$75 Se requiere autorización previa
Departamento de emergencias Copago/coseguro exento si hay admisión al hospital	\$75
Centro de cuidado urgente	\$25 Se requiere autorización previa para cuidado urgente fuera de la red
SERVICIOS PROFESIONALES y CUIDADO AMBULATORIO	
Servicios avanzados de imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Realizados en un centro de radiología o entorno de consultorio independiente 	\$25

<ul style="list-style-type: none"> Realizados en el consultorio de un especialista Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios 	<p>\$25</p> <p>\$25</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Pruebas y tratamiento para alergias</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizados en el consultorio de un PCP Realizados en el consultorio de un especialista 	<p>\$15</p> <p>\$25</p>
<p>Cargo por centro quirúrgico ambulatorio</p>	<p>\$50</p>
<p>Servicios de anestesia (todos los entornos)</p>	<p>Cubiertos en su totalidad</p>
<p>Banca autóloga de sangre</p>	<p>5% de coseguro</p>
<p>Rehabilitación cardiaca y pulmonar</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizados en el consultorio de un especialista Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios Realizados como servicios hospitalarios en internación 	<p>\$25</p> <p>\$25</p> <p>Incluidos como parte del costo compartido de servicios hospitalarios en internación</p>
<p>Quimioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizados en el consultorio de un PCP Realizados en el consultorio de un especialista Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios 	<p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p>	<p>\$25</p> <p>Se requiere autorización previa después de las primeras cinco visitas</p>

Ensayos clínicos	Use el costo compartido para el servicio apropiado Se requiere autorización previa
Análisis diagnósticos	
<ul style="list-style-type: none"> Realizados en el consultorio de un PCP 	\$15
<ul style="list-style-type: none"> Realizados en el consultorio de un especialista 	\$25
<ul style="list-style-type: none"> Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios 	\$25
Diálisis	
<ul style="list-style-type: none"> Realizados en el consultorio de un PCP 	\$15
<ul style="list-style-type: none"> Realizada en un centro o entorno de consultorio de especialista independiente 	\$15
<ul style="list-style-type: none"> Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios 	\$15
Servicios de habilitación (terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla)	\$15 60 visitas por condición, terapias combinadas por año del plan
Cuidado de la salud en el hogar	\$15
40 visitas por año del plan	Se requiere autorización previa
Servicios de infertilidad	Use el costo compartido para el servicio apropiado (visita al consultorio, servicios de radiología diagnóstica, cirugía, laboratorio y procedimientos diagnósticos)

<p>Terapia de infusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizados en el consultorio de un PCP • Realizada en el consultorio del especialista • Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios • Terapia de infusión intravenosa en el hogar <p>(La infusión en el hogar cuenta para los límites de visita de cuidado de la salud en el hogar)</p>	<p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p>
<p>Visitas médicas en internación</p>	<p>\$0 por admisión</p> <p>Se requiere autorización previa</p>
<p>Procedimientos de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizados en el consultorio de un PCP • Realizados en el consultorio de un especialista • Realizados en un centro de radiología o consultorio de especialista independiente • Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios 	<p>\$15</p> <p>\$25</p> <p>\$25</p> <p>\$25</p>
<p>Cuidado de maternidad y del recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado prenatal • Servicios de hospital y centro de partos en internación • Servicios de médico y partera para parto • Apoyo de amamantamiento, consejería y suministros, incluyendo extractores de leche • Cuidado postnatal 	<p>\$0</p> <p>\$150 por admisión</p> <p>\$50</p> <p>\$0</p> <p><u>Incluido en el costo compartido de servicios de médico y partera para parto</u></p>

	Se requiere autorización previa para servicios en internación, extractor de leche
Cargo por centro de cirugía hospitalaria ambulatoria	\$50
Análisis de preadmisión	\$0
Medicamentos recetados administrados en el consultorio	
<ul style="list-style-type: none"> Realizados en el consultorio de un PCP 	\$15
<ul style="list-style-type: none"> Realizados en el consultorio de un especialista 	\$25
<ul style="list-style-type: none"> Realizados en centros ambulatorios 	\$25
Servicio diagnóstico de radiología	
<ul style="list-style-type: none"> Realizados en el consultorio de un PCP 	\$15
<ul style="list-style-type: none"> Realizados en el consultorio de un especialista 	\$25
<ul style="list-style-type: none"> Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios 	\$15
	Se requiere autorización previa
Servicios terapéuticos de radiología	
<ul style="list-style-type: none"> Realizados en el consultorio de un especialista 	\$15
<ul style="list-style-type: none"> Realizados en un centro de radiología independiente 	\$15
<ul style="list-style-type: none"> Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios 	\$15
	Se requiere autorización previa
Servicios de rehabilitación (terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla)	\$15

	60 visitas por condición, terapias combinadas por año del plan Se requiere autorización previa
Segundas opiniones en el diagnóstico de cáncer, cirugía y otros	\$25 Se requiere autorización previa
Servicios quirúrgicos (incluyendo cirugía oral, cirugía reconstructiva de mamas, otra cirugía reconstructiva y correctiva, trasplantes e interrupción del embarazo) Todos los trasplantes deben ser realizados en centros designados <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía hospitalaria en internación • Cirugía hospitalaria ambulatoria • Cirugía realizada en un centro quirúrgico ambulatorio • Cirugía en el consultorio 	\$50 \$50 \$50 \$15 (cuando es realizada en el consultorio del PCP) \$25 (cuando es realizada en el consultorio del especialista) Se requiere autorización previa
Programa de telemedicina	\$15 por visita al PCP \$25 por visita al especialista
SERVICIOS, EQUIPOS y DISPOSITIVOS ADICIONALES	
Tratamiento de ABA para trastorno del espectro autista	\$15 Se requiere autorización previa
Dispositivos de comunicación auxiliares para trastorno del espectro autista	\$15 Se requiere autorización previa

Equipos, suministros y educación de autocontrol para la diabetes <ul style="list-style-type: none"> Equipos diabéticos, suministros e insulina (30 días; hasta un suministro de 90 días) Educación para diabéticos 	\$15 (por suministro de 30 días) \$15
Equipos médicos duraderos y sujetadores	5% de costo compartido Se requiere autorización previa
Prótesis auditivas externas (Compra sencilla una cada tres años)	5% de costo compartido Se requiere autorización previa
Implantes cocleares (Uno por oído de por vida cubierto)	5% de costo compartido Se requiere autorización previa
Cuidado de hospicio <ul style="list-style-type: none"> Internación Ambulatorio 210 días por año del plan Cinco visitas para consejería de duelo familiar	\$150 \$15 Se requiere autorización previa
Suministros médicos	5% de coseguro
Dispositivos protésicos <ul style="list-style-type: none"> Externos Un dispositivo protésico, por miembro, de por vida, con cobertura de reparaciones y reemplazos <ul style="list-style-type: none"> Internos 	5% de coseguro Incluidos como parte del costo compartido hospitalario en internación Se requiere autorización previa

SERVICIOS y CENTROS EN INTERNACIÓN	
Hospital en internación para un confinamiento continuo (incluyendo una estadía en internación para cuidado de mastectomía, rehabilitación cardíaca y pulmonar y cuidado para el fin de la vida)	\$150 Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para admisiones de emergencia.
Estadía en observación Copago exento si hay transferencia directa de centro de cirugía ambulatoria a observación	\$75
Centro de enfermería especializada (incluyendo rehabilitación cardíaca y pulmonar) 200 días por año del plan Copago exento para cada admisión si es transferido directamente de un entorno hospitalario en internación a un centro de enfermería especializada	\$150 Se requiere autorización previa
Servicios de habilitación en internación (terapia física, del habla y ocupacional) 60 días por año del plan de terapias combinadas	\$150 Se requiere autorización previa
Servicios de rehabilitación en internación (terapia física, del habla y ocupacional) 60 por año del plan combinadas	\$150 Se requiere autorización previa
SERVICIOS DE SALUD MENTAL y TRASTORNO POR EL USO DE SUSTANCIAS	
Cuidado de la salud mental en internación incluyendo tratamiento residencial (para	\$150

un confinamiento continuo cuando está en el hospital)	Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para admisiones de emergencia.
Cuidado de la salud mental ambulatorio (incluyendo hospitalización parcial y servicios de programa ambulatorio intensivo)	\$15 Se requiere autorización previa
Servicios en internación para uso de sustancias incluyendo tratamiento residencial (para un confinamiento continuo cuando está en el hospital)	\$150 Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para admisiones de emergencia o para centros participantes certificados por la OASAS.
Servicios ambulatorios para uso de sustancias (incluyendo hospitalización parcial, servicios del programa ambulatorio intensivo y tratamiento asistido por medicamentos)	\$15 Se requiere autorización previa
MEDICAMENTOS RECETADOS	
Farmacia minorista	
Suministro de 30 días	
Nivel 1	\$6
Nivel 2	\$15
Nivel 3	\$30
Si usted tiene una condición de emergencia, no se requiere autorización previa para un suministro de emergencia de cinco días de un medicamento recetado cubierto usado para el tratamiento de un trastorno por el uso de sustancias, incluyendo un medicamento recetado para manejar el síndrome de abstinencia y/o estabilización de opioides y para reversión de sobredosis de opioides.	

Farmacia de pedido por correo	
Suministro de hasta 30 días	
Nivel 1	\$6
Nivel 2	\$15
Nivel 3	\$30
Suministro de hasta 90 días	
Nivel 1	\$15
Nivel 2	\$38
Nivel 3	\$75
Fórmulas enterales	
Nivel 1	\$6
Nivel 2	\$15
Nivel 3	\$30
BENEFICIOS DE BIENESTAR	
Reembolso por gimnasio	Hasta \$200 por periodo de seis meses
CUIDADO DENTAL y DE LA VISTA	
Cuidado dental	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental preventivo • Cuidado dental de rutina • Procedimientos dentales importantes (cirugía oral, endodoncias, periodoncia y prostodoncia) 	<p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p>
Un examen dental y una limpieza por periodo de seis meses.	
Radiografías completas de la boca o radiografías panorámicas en intervalos de 36 meses y radiografías con ala de mordida en intervalos de seis a 12 meses	
	La ortodoncia y los procedimientos dentales importantes requieren autorización previa

<p>La ortodoncia y los procedimientos dentales importantes requieren autorización previa</p>	
<p>Cuidado de la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes • Lentes y marcos • Lentes de contacto <p>Un examen por periodo de 12 meses del año del plan</p> <p>Unos marcos y lentes recetados por año del plan</p>	<p>\$15</p> <p>10% de coseguro</p> <p>10% de coseguro</p> <p>Los lentes de contacto requieren autorización previa</p>

Todas las solicitudes de autorización previa en la red son responsabilidad de su proveedor participante. Usted no será penalizado por causa de que un proveedor participante no obtenga una autorización previa requerida. Sin embargo, si los servicios no están cubiertos bajo el contrato, usted será responsable por el costo completo de los servicios.

Los indios americanos/nativos de Alaska, según lo determinado por el NYSOH, están exentos de requisitos de costo compartido, incluyendo cuando los servicios cubiertos son prestados por un Indian Health Service, Indian Tribe, Tribal Organization o Urban Indian Organization, o a través de un referido bajo el programa Purchased/Referred Care (PRC), conocido anteriormente como Contract Health Services (CHS).

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 1-212-563-5570, ext. 66578.

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.

1-800-300-8181 (TTY 711)
www.empireblue.com/nyessentialplan



An Anthem Company

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