



An **Anthem** Company

Essential Plan 1

Contrato Del Suscriptor

New York



An Anthem Company

Essential Plan 1
Contrato del suscriptor
New York

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 adicional 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.

Renovación

La fecha de renovación para este contrato es de 12 meses desde la fecha de entrada en vigencia 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 una notificación escrita previa para nosotros.

Beneficios dentro de la red.

Este contrato solo cubre beneficios dentro de la red. Para recibir beneficios dentro de la red, debe recibir atención exclusivamente de los proveedores y las farmacias participantes de nuestra red de Empire que se encuentran 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 atención primaria (PCP) y, cuando sea requerido, 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 atención de urgencia** de este contrato. Excepto por el cuidado para una condición de emergencia o urgencia descrita en la sección de **Servicios de emergencia y atención de urgencia** 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.

Cordialmente,

Michael Hofer
Presidente

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus

empireblue.com/nyessentialplan

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

ÍNDICE

SECCIÓN I: DEFINICIONES	4
SECCIÓN II: CÓMO FUNCIONA SU COBERTURA	11
SECCIÓN III: ACCESO AL CUIDADO Y ATENCIÓN DE TRANSICIÓN	19
SECCIÓN IV: GASTOS DE COSTO COMPARTIDO Y MONTO PERMITIDO	22
SECCIÓN V: QUIÉN ESTÁ CUBIERTO	24
SECCIÓN VI: CUIDADO PREVENTIVO	25
SECCIÓN VII: SERVICIOS DE AMBULANCIA Y MÉDICOS DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIOS	29
SECCIÓN VIII: SERVICIOS DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN DE URGENCIA	31
SECCIÓN IX: SERVICIOS AMBULATORIOS Y PROFESIONALES	34
SECCIÓN X: BENEFICIOS ADICIONALES, EQUIPOS Y DISPOSITIVOS	43
SECCIÓN XI: SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	48
SECCIÓN XII: SERVICIOS MÉDICOS MENTALES Y POR ABUSO DE SUSTANCIAS	52
SECCIÓN XIII: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	57
SECCIÓN XIV: BENEFICIOS DE BIENESTAR	70
SECCIÓN XV: PROGRAMA DE MANEJO DE ENFERMEDADES	74
SECCIÓN XVI: CUIDADO DE VISIÓN	77
SECCIÓN XVII: CUIDADO DENTAL	78
SECCIÓN XVIII: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	80
SECCIÓN XIX: DETERMINACIONES DE RECLAMACIONES	83
SECCIÓN XX: PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS	85
SECCIÓN XXI: REVISIÓN DE UTILIZACIÓN	87
SECCIÓN XXII: APELACIÓN EXTERNA	96
SECCIÓN XXIII: FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA	101
SECCIÓN XXIV: DERECHOS TEMPORALES DE SUSPENSIÓN PARA MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS	102
SECCIÓN XXV: CLÁUSULAS GENERALES	103
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA	111
SECCIÓN XXVI: TABLA DE BENEFICIOS DE EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS	118

SECCIÓN I: DEFINICIONES

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

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.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro actualmente certificado por la agencia reguladora estatal apropiada para proporcionar servicios quirúrgicos y médicos relacionados en una forma ambulatoria.

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

Facturación del saldo: 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.

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

Coseguro: Su parte de los costos de un servicio cubierto, calculado como el porcentaje del monto permitido para el servicio que a usted se le requiera pagar a un proveedor. El monto puede variar por el tipo de servicio cubierto.

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

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

Cubrir, cobertura o servicios cubiertos: Los servicios médicamente necesarios pagados, coordinados o autorizados para usted por nosotros bajo los términos y condiciones de este contrato.

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

- Está diseñado y proyectado para uso repetido.
- Es usado principal y habitualmente para servir a un propósito médico.
- Generalmente no le es útil a una persona en la ausencia de enfermedad o lesión.
- Es apropiado para uso en el hogar.

Condición de emergencia: Una condición médica o conductual que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente, incluyendo dolor intenso, 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 conductual, 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.

Atención del departamento de emergencias: Servicios de emergencia que obtiene en el departamento de emergencias de un hospital.

Servicios de emergencia: Un examen 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).

Exclusiones: Servicios médicos que no pagamos ni cubrimos.

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

Centro: Un hospital, centro quirúrgico ambulatorio, centro de maternidad, centro de diálisis, centro de rehabilitación, centro de enfermería especializada, hospicio, una agencia de cuidado médico en el hogar o agencia de servicios de cuidado médico en el hogar certificados o autorizados según el Artículo 36 de la Ley de Salud Pública de New York, un instituto designado como centro nacional de cáncer, centro de cáncer certificado por el departamento de salud dentro de Nuestra área de servicio, un centro de atención integral para trastornos alimentarios conforme al Artículo 30 de la Ley de Salud Mental de New York y un centro definido en la Ley de Salud Mental de New York, sección 1.03, certificado por la Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones del Estado de New York, o certificado según el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de New York (o, en otros estados, un centro autorizado o certificado de manera similar). Si recibe tratamiento para trastornos por el uso de sustancias fuera del Estado de New York, un centro también incluye uno el cual esté acreditado por la Comisión Conjunta para proporcionar un programa de tratamiento para trastornos por el uso de sustancias.

Nivel federal de pobreza (FPL): Una medida del nivel de ingresos emitida anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Los niveles federales de pobreza se

usan para determinar su elegibilidad para ciertos programas y beneficios, incluyendo el Essential Plan y son actualizados anualmente.

Reclamo: Una queja que puede comunicarnos que no incluye una determinación de la revisión de utilización.

Servicios de habilitación: Servicios médicos que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las capacidades y el funcionamiento para la vida cotidiana. Los servicios habilitativos incluyen el manejo de limitaciones y discapacidades, incluyendo servicios o programas que ayudan a mantener o prevenir el deterioro en la función física, cognitiva o conductual. Estos servicios consisten en fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

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

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

Cuidado para enfermos terminales: Cuidado que brinda comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias, que es proporcionado por una organización de hospicio certificada conforme al Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de New York o según un proceso de certificación similar requerido por el estado en el que se encuentre dicha organización de 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.
- Tiene departamentos organizados de medicina y cirugía compleja.
- Tiene el requisito de que cada paciente debe estar bajo el cuidado de un médico o dentista.
- Proporciona un servicio de enfermería las 24 horas por o bajo la supervisión de un enfermero profesional certificado (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 cumpla al menos los estándares establecidos en 42 U.S.C. Sección 1395x(k).
- Está debidamente certificado por la agencia responsable por la certificación 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.

Hospitalización: Cuidado en un hospital que exige de una admisión como paciente hospitalizado que generalmente requiere una estadía de noche.

Cuidado ambulatorio en hospital: Cuidado en un hospital que generalmente no requiere de una estadía de noche.

Inmigrante que se encuentra legalmente en el país: El término “se encuentra legalmente en el país” incluye inmigrantes que tienen:

- Estatus 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 estatus de inmigración elegibles, visite el sitio web en <http://healthcare.gov/immigrants/immigration-status> o llame al NY State of Health al 855-355-5777.

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

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

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

NY State of Health (NYSOH): El NY State of Health, The Official Health Plan Marketplace. El NYSOH es un mercado de seguro médico donde las personas, familias y negocios pequeños pueden aprender sobre sus opciones de seguro médico; comparar planes basados en costo, beneficios y otras características importantes, solicitar y recibir ayuda financiera con el pago de primas y costos compartidos 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.

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

Límite de gastos de 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 los cargos de facturación del saldo ni el costo de los servicios médicos que no cubrimos.

Proveedor participante: Un proveedor que tiene contrato con nosotros para proporcionarle a usted servicios médicos. Un listado de los proveedores participantes y sus ubicaciones está disponible en nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o al solicitárnoslo. El listado será revisado ocasionalmente por nosotros.

Médico o servicios médicos: Servicios médicos proporcionados o coordinados por un médico certificado (MD — Doctor en medicina o DO — Doctor en medicina osteopática).

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

Preautorización: 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 médicamente necesarios. Nosotros le indicamos cuáles servicios cubiertos requieren una preautorización en la sección de la **Tabla de beneficios** de este contrato.

Medicamentos recetados: Un medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que puede, según la ley federal o estatal, ser dispensado únicamente conforme a una receta o reposición 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.

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

Proveedor: Un médico, profesional médico o centro autorizado, registrado, certificado o acreditado como lo requiere la ley estatal. Un proveedor también 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 requiere la ley estatal.

Referencia: 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 preautorización puede ser transmitida por su proveedor al completar un formulario impreso de preautorización. No se requiere una preautorización, 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.

Servicios de rehabilitación: Servicios médicos que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las capacidades y funciones para la vida diaria que se perdieron o se deterioraron

debido a una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios consisten en fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla en un entorno de paciente hospitalizado y/o ambulatorio.

Tabla de beneficios: La sección de este contrato que describe los copagos, coseguros, límites de gastos de bolsillo, requisitos de preautorización y otros límites en servicios cubiertos.

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: los condados de Bronx, Delaware, Dutchess, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk, Sullivan, Ulster y Westchester.

Centro de enfermería especializada: Una institución o una parte distinta de una institución que está:

- Actualmente certificada o aprobada bajo la ley estatal o local.
- Dedicada principalmente a ofrecer cuidado especializado de enfermería y servicios relacionados como centro de enfermería especializada, centro de cuidado médico extendido o centro de cuidado de enfermería aprobado por la Comisión Conjunta o la Oficina de Hospitales de la Asociación Americana de Osteopatía, 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.

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.

Suscriptor: La persona a quien se le emite este contrato. Siempre que a un suscriptor se le requiere que proporcione un aviso conforme a un reclamo o admisión o visita al departamento de Emergencias, suscriptor también significa el representante del suscriptor.

UCR (Usual, acostumbrado y razonable): El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica basado en cuánto cobran los proveedores en el área generalmente por el mismo servicio médico o similar.

Atención de urgencia: Cuidado médico para una enfermedad, lesión o condición lo suficiente grave que una persona razonable buscaría cuidado inmediatamente, pero no tan severa en cuanto a requerir el cuidado del departamento de atención de emergencias. La atención de urgencia puede ser dada en el consultorio de un proveedor o en un centro de atención de urgencia.

Centro de atención de urgencia: Un centro certificado diferente a un hospital que ofrece atención de urgencia.

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

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

Usted, suyo: El suscriptor.

SECCIÓN II: CÓMO FUNCIONA SU COBERTURA

A. Su cobertura conforme a este contrato

Usted se ha inscrito 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 con todas estas condiciones:

- Medicamento necesario
- 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:

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

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

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

Usted es solamente responsable por cualquier costo compartido que aplicaría a los Servicios cubiertos si Usted recibe Servicios cubiertos de un Proveedor que no es un Proveedor participante en las situaciones siguientes:

- El Proveedor está listado como Proveedor Participante en Nuestro directorio de Proveedores en línea;
- Nuestro directorio de Proveedores impreso que lista al Proveedor como Proveedor participante está incorrecto a la fecha de publicación;

- Le brindamos notificación escrita de que el Proveedor es un Proveedor Participante en respuesta a Su solicitud telefónica de información del estado de la red acerca del Proveedor; o
- No le proporcionamos una notificación escrita dentro de un (1) día hábil de su solicitud telefónica de información del estado de la red. En estas situaciones, si un proveedor le factura por más de su costo compartido dentro de la red y usted paga la factura, tiene derecho a un reembolso del proveedor, más intereses.

D. El rol de los proveedores de atención primaria

Este contrato tiene un médico de cabecera, generalmente conocido como proveedor de atención primaria (PCP). Aunque a usted se le exhorta a recibir cuidado de su PCP, no necesita una referencia escrita 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 atención de transición** de este contrato para obtener más información sobre la designación de un especialista. Para seleccionar un PCP, inicie sesión en su cuenta segura en empireblue.com/nyessentialplan o llame a Servicios para Miembros al 800-300-8181 (TTY 711). Si no selecciona un PCP, le asignaremos uno.

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 medicina general, medicina 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 especializado.

E. Servicios que no requieren referencia de su PCP

Su PCP es responsable de determinar el tratamiento más apropiado para sus necesidades médicas. No necesita una referencia 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 ginecológicas agudas 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
- Examen de detección de depresión materna
- Atención de urgencia
- Servicios de quiropráctica
- Cuidado médico mental ambulatorio
- Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- Servicios de habilitación para pacientes ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)
- Servicios de rehabilitación ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)
- Exámenes de refracción ocular de un optómetra
- Exámenes de ojo diabético de un oftalmólogo
- Cuidado médico en el hogar

- Servicios de radiología de diagnóstico
- Procedimientos de laboratorio

Sin embargo, el proveedor participante debe:

- Conversar sobre los servicios y el plan de tratamiento con su PCP.
- Estar de acuerdo en seguir nuestras políticas y procedimientos, incluyendo cualquier procedimiento con respecto a referencias o referencias para servicios que no sean servicios obstétricos y ginecológicos prestados por dicho proveedor participante.
- Estar de acuerdo en proporcionar servicios conforme a 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 referencia.

F. 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 del miembro. Cuando vaya al consultorio del proveedor, lleve su tarjeta de identificación con usted.

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

Para cambiar de PCP, inicie sesión en su cuenta segura en empireblue.com/nyessentialplan o llame a Servicios para Miembros al 800-300-8181 (TTY 711) en los primeros 30 días después de la 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 al que su PCP lo haya referido.

Si no tenemos un proveedor participante para determinados tipos de proveedores en su condado de residencia o en un condado limítrofe que se encuentre dentro de los estándares de distancia y tiempo aprobados, aprobaremos una referencia a un proveedor no participante específico hasta que deje de tener la necesidad de recibir la atención, o hasta que tengamos un proveedor participante en nuestra red que cumpla con los estándares de distancia y tiempo, y su cuidado se haya transferido a ese proveedor participante. 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 dentro de la red.

G. Servicios fuera de la red

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

H. Servicios sujetos a preautorización

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

I. Procedimiento para la preautorización

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

Su proveedor debe ponerse en contacto con nosotros para solicitar la preautorización 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 hábiles 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 quirúrgico ambulatorio. Si no es posible, entonces tan pronto sea razonablemente posible durante horas hábiles 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 hospitalización 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, guías clínicas y de farmacia y terapéuticas.

J. 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 costo-efectivo 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 médicamente necesarios para que se ofrezcan los beneficios.

K. Necesidad médica

Cubrimos los beneficios descritos en este contrato, siempre y cuando el servicio médico, procedimiento, tratamiento, análisis, dispositivo, medicamento recetado o suministro (en conjunto, “servicio”) sea médicamente necesario. El hecho de que un proveedor haya suministrado, recetado, ordenado, recomendado, o aprobado el servicio no lo hace médicamente necesario o signifique que tengamos que cubrirlo.

Podemos basar nuestra decisión en una revisión de lo siguiente:

- Sus registros médicos
- Nuestras políticas médicas y guías 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 guías publicados por organizaciones de cuidado médico reconocidas a nivel nacional que incluyan datos científicos de respaldo
- Estándares profesionales de seguridad y eficacia, los cuales son reconocidos generalmente en los Estados Unidos para el diagnóstico, cuidado, o tratamiento
- La opinión de los profesionales médicos de la especialidad de salud generalmente reconocida implicada
- La opinión de proveedores tratantes, los cuales tienen credibilidad, pero no anulan las condiciones contrarias

Los servicios serán considerados médicamente necesarios solo si:

- Son clínicamente apropiados en términos del tipo, la frecuencia, la extensión, el lugar y la duración, y considerados efectivos para su condición, lesión, o enfermedad.
- Son requeridos para el cuidado y tratamiento directo o manejo de esa condición.
- Su condición podría estar afectada de manera adversa si no se proveen 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 alternativo 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 médicamente necesarios si estos son realizados en un entorno de costos más altos. Por ejemplo, no ofreceremos cobertura para una admisión como paciente hospitalizado para cirugía, si la cirugía podría haber sido realizada en una forma ambulatoria o una infusión o inyección de medicamentos especializados es proporcionada en el departamento ambulatorio de un hospital, si el fármaco podría ser proporcionado en el consultorio del proveedor 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 médicamente necesario.

L. Protección contra facturas sorpresa

1. Facturas sorpresa. 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 en el momento de prestarse los servicios médicos.
 - Un proveedor no participante realiza servicios sin su conocimiento.
 - Surgen problemas u otros servicios médicos no previstos en el momento de prestarse los servicios médicos.

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

- Usted fue referido por un médico participante a un proveedor no participante sin su consentimiento explícito escrito reconociendo que la preautorización es para un proveedor no participante y puede resultar en costos no cubiertos por nosotros. Para una factura sorpresa, una preautorización 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 preautorizaciones son requeridas según su contrato.

Usted será indemnizado por cualquier cargo de un proveedor no participante por la factura sorpresa que exceda su costo compartido. El proveedor no participante solamente podría facturarle por su costo compartido. Puede firmar un formulario para avisarnos y avisar al proveedor no participante que recibió una factura sorpresa. El Formulario de Certificación de Factura Sorpresa está disponible en dfs.ny.gov o puede visitar nuestro sitio web en empireblue.com/ny para obtener una copia del formulario. Usted debe enviarnos una copia del formulario a la dirección que está en su tarjeta de identificación, el Formulario de Certificación de Factura Sorpresa o en el párrafo de Números de teléfono y direcciones importantes a continuación y a su proveedor.

2. Proceso de resolución de disputas independiente

Empire o un proveedor podrían presentar una disputa sobre una factura sorpresa ante una entidad de resolución de disputas independiente (IDRE) asignada por el estado. Las disputas se presentan completando el formulario de solicitud de la IDRE, que está disponible en 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.

M. Prestación de servicios cubiertos con telesalud

Telesalud 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 Telesalud, no denegaremos los servicios cubiertos porque estos son brindados usando Telesalud. Los servicios

cubiertos usando Telesalud pueden estar sujetos a 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 telesalud.

N. Administración de casos

La administración de casos ayuda a coordinar servicios para los miembros con necesidades médicas que se deban a condiciones médicas graves, complejas y/o crónicas. Nuestros programas coordinan los beneficios y educan a los miembros que acuerdan tomar parte en el programa de administración de casos para ayudar a satisfacer sus necesidades relacionadas con la salud.

Nuestros programas de administración de casos son confidenciales y voluntarios. Estos programas se los damos sin costo adicional y no cambian los servicios cubiertos. Si usted cumple con los criterios del programa y acepta participar, le ayudaremos a satisfacer sus necesidades médicas identificadas. Esto se logra a través de la comunicación y el trabajo en equipo con usted y/o su representante autorizado, los proveedores tratantes y otros proveedores. Además, podemos ayudar en la coordinación del cuidado con los programas existentes basados en la comunidad y 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 administración de casos 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 con base en cada caso si determinamos que el beneficio alternativo o extendido es en el mejor interés para usted y nosotros.

Nada en esta cláusula 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.

O. Números de teléfono y direcciones importantes

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

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

Reclamaciones

Envíe los formularios de reclamación a esta dirección:

Claims

Empire BlueCross BlueShield HealthPlus

P.O. Box 61010

Virginia Beach, VA 23466-1010

Apelaciones de quejas, reclamos y revisión de utilización

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

Medical Appeals Department

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23466-2429

Facturas médicas sorpresa

NYS Department of Financial Services

Consumer Assistance Unit/IDR Process

1 Commerce Plaza

Albany, NY 12257

Servicios de salud conductual

800-300-8181 (TTY 711)

Nuestro sitio web: empireblue.com/nyessentialplan

SECCIÓN III: ACCESO AL CUIDADO Y ATENCIÓN DE TRANSICIÓN

A. Referencia 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 preautorización para un proveedor no participante adecuado. Su proveedor participante debe solicitar una aprobación previa de la preautorización para un proveedor no participante específico. Las aprobaciones de preautorizaciones 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 que usted solicitó. Si aprobamos la preautorización, 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 dentro de la red. En el caso de que no fuese aprobada una preautorización, cualquier servicio prestado por un proveedor no participante no será cubierto.

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

Si usted tiene una condición o enfermedad mortal o una condición o enfermedad degenerativa y discapacitante que requiera de un cuidado especializado 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 preautorización será conforme a un plan de tratamiento aprobado por nosotros en consulta con su PCP, el especialista y usted. No aprobaremos un especialista no participante a menos que determinemos que no tenemos un proveedor adecuado en nuestra red. Si aprobamos un especialista no participante, los servicios cubiertos prestados por el especialista no participantes conforme al plan de tratamiento aprobado serán pagados como si estos fuesen proporcionados por un proveedor participante. Usted solo será responsable por cualquier costo compartido aplicable dentro de la red.

C. Preautorización permanente para un especialista participante

Si necesita cuidado especializado de manera continua, puede recibir una “preautorización permanente” para un especialista quien sea un proveedor participante. Esto significa que usted no necesitará una nueva referencia 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 preautorización permanente. Cualquier preautorización será conforme a 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 especializado provisto como también toda la información médica necesaria. No aprobaremos una preautorización permanente para un especialista no participante a menos que determinemos que no tenemos un proveedor adecuado en nuestra red. Si aprobamos una preautorización permanente para un especialista no participante, los servicios cubiertos prestados por dicho especialista conforme al plan de tratamiento aprobado serán pagados como si estos fuesen proporcionados por un proveedor participante. Usted solo será responsable por cualquier costo compartido aplicable dentro de la red.

D. Centro de cuidado especializado

Si usted tiene una condición o enfermedad mortal o una condición o enfermedad degenerativa o discapacitante que requiera un cuidado especializado durante un largo periodo de tiempo, puede solicitar una preautorización para un centro de cuidado especializado con experiencia en tratar su condición o enfermedad. Un centro de cuidado especializado 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 especializado para decidir si aprobamos dicha preautorización. Cualquier preautorización será conforme al plan de tratamiento desarrollado por el centro de cuidado especializado y aprobado por nosotros en consulta con su PCP o especialista y usted. No aprobaremos una preautorización para un centro de cuidado especializado no participante a menos que determinemos que no tenemos un centro de cuidado especializado adecuado en nuestra red. Si aprobamos una preautorización para un centro de cuidado especializado no participante, los servicios cubiertos prestados por dicho centro no participante conforme al 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 dentro de 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 continúe 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. Si está embarazada, podría continuar el cuidado con un proveedor participante anterior durante el parto y para recibir cualquier cuidado de posparto directamente relacionado con el parto.

El proveedor debe aceptar como pago el cargo negociado 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 médico, obtener una preautorización, preautorizaciones y un plan de tratamiento aprobado por nosotros. Usted recibirá los servicios cubiertos como si estos estuviesen siendo proporcionados por un proveedor participante. Usted solo será responsable por cualquier costo compartido aplicable dentro de 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. Nuevos miembros 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 de entrada en vigencia de su cobertura según este contrato. Este curso de tratamiento debe ser para una enfermedad o condición mortal o una condición o enfermedad degenerativa o discapacitante. 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 nuestros cargos 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 preautorización, preautorizaciones 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 dentro de 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 gastos de bolsillo

Cuando usted haya llegado a su límite de gastos de bolsillo en el pago de los costos compartidos 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 costo compartido por los servicios fuera de la red, excepto por los servicios de emergencias y los servicios fuera de la red aprobados por nosotros como una excepción dentro de la red, además de los servicios de diálisis fuera de la red, no se aplica para calcular el límite de gastos de bolsillo dentro de la red. El límite de gastos de bolsillo trabaja con base en un año del plan.

D. Monto permitido

“Monto permitido” es el monto máximo que pagaremos por los servicios o suministros cubiertos según este contrato, antes de que se descuenta cualquier copago o coseguro correspondiente. Determinamos nuestro monto permitido de 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 presten. Su costo compartido no cambiará con base en ningún pago hecho a o recibido de proveedores participantes como parte del programa de incentivos financieros.

1. Productos farmacéuticos administrados por un médico

Para los medicamentos administrados por un médico, utilizamos metodologías de diferencia que son similares a la metodología de fijación de precios que usan los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y generan cargos basados en los costos de adquisición publicados o el precio mayorista promedio de los medicamentos. 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 atención de urgencia** de este contrato para conocer el monto permitido para los servicios de emergencia proporcionados por proveedores no participantes. Consulte la sección de **Servicios médicos de emergencia prehospitalarios y de ambulancia** de este contrato para conocer el monto permitido para los servicios médicos de emergencia prehospitalarios proporcionados por proveedores no participantes.

SECCIÓN V: QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

A. Quién está cubierto conforme a este contrato

Usted, el suscriptor a quien se le 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 o un seguro de salud a bajo precio patrocinado por el empleador, no es elegible para celebrar 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 el Essential Plan. Si usted hace la transición a Medicaid, su recién nacido será inscrito automáticamente en Medicaid desde su nacimiento sin un periodo sin 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 otros miembros de su familia también están cubiertos por el Essential Plan, recibirán un contrato por separado.

C. Inscripción

Usted puede inscribirse en este contrato en cualquier momento del año. Si el NYSOH recibe su selección antes del día 15 de cualquier mes, su cobertura comenzará el 1.º del siguiente mes. Si el NYSOH recibe su selección el o antes del día 16 del mes, su cobertura comenzará el 1.º del mes sucesivo siguiente. Por ejemplo, si usted hace una selección el 16 de enero, su cobertura comenzará el 1 de marzo. Si el NYSOH recibe su selección el o antes del 15 de diciembre de 2021, su cobertura comenzará el 1 de enero.

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 preautorización 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 guías integrales respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA), o si los artículos o servicios tienen una clasificación de “A” o “B” del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF), o si las vacunaciones son recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (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, el monto del costo compartido que se aplicaría a la visita al consultorio, todavía aplicará. Puede ponerse en contacto con nosotros al 800-300-8181 TTY 711 o visitar nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan para obtener una copia de las guías integrales respaldadas por la HRSA, artículos o servicios con una clasificación de “A” o “B” de la USPSTF, y las vacunaciones 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 guías 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, entre otros, revisión de la presión arterial de adultos, prueba de detección de cáncer de pulmón, prueba de detección de cáncer colorrectal, detección de abuso del alcohol, prueba de detección de depresión y prueba de detección de diabetes. Un listado completo de los servicios preventivos cubiertos está disponible en nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan, o le será enviado por correo a solicitud suya.

Usted es elegible para un examen físico una vez cada año calendario, ya sea que hayan pasado o no 365 días desde la visita anterior del examen físico. Los exámenes de la visión no incluyen refracciones.

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

B. Vacunaciones para adultos

Cubrimos vacunaciones 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 los exámenes de mujer sana que constan de un examen ginecológico de rutina, un examen de mamas y una prueba de detección del cáncer de cuello uterino anual, incluyendo los servicios de laboratorio y de diagnóstico relacionados con la evaluación de las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. También cubrimos cuidado preventivo y pruebas de detección según lo previsto en las guías 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 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 guías 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, exámenes médicos y diagnóstico por imágenes para la detección de cáncer de mamas

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

- Una mamografía de detección inicial para miembros en edades de 35 a 39 años
- Una mamografía de detección 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 una prueba de detección preventiva por año del plan.

Las mamografías para la detección de cáncer de mamas no están sujetas a 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. Las pruebas 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 médicamente necesarios.

E. Servicios de planificación familiar y salud reproductiva

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

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 de la densidad mineral ósea o densitometría, los medicamentos o los dispositivos necesarios incluirán aquellos que están cubiertos por el programa federal Medicare y aquellos que cumplen con los criterios de los Institutos Nacionales de Salud. Usted calificará para la cobertura si cumple con los criterios según el programa federal Medicare o los criterios de los Institutos Nacionales de Salud, o si cumple con alguno de los siguientes requisitos:

- 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

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

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

G. Prueba de detección de cáncer de próstata

Cubrimos un examen de diagnóstico estándar incluyendo, entre otros, un examen de tacto 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, entre otros, un examen de tacto rectal y una prueba de antígeno específico para la próstata, en cualquier edad para hombres que han tenido antecedentes previos de cáncer de próstata.

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

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

Cubrimos los servicios de prevención de la diabetes proporcionados a través de programas reconocidos por los CDC para personas con riesgo de padecer diabetes tipo 2. El beneficio

cubre 22 sesiones grupales de capacitación en el transcurso de 12 meses. Tal vez sea elegible para recibir servicios de NDPP si tiene una recomendación de un médico u otro profesional certificado, y si es por lo menos mayor de 18 años, no está embarazada actualmente, no tiene sobrepeso y no se le ha diagnosticado diabetes tipo 1 ni tipo 2 anteriormente Y cumple con una de las siguientes condiciones:

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

SECCIÓN VII: SERVICIOS 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 preautorización 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 preautorización.

A. Transporte de ambulancia de emergencia

1. Servicios médicos de emergencia prehospitalaria

Cubrimos los servicios médicos de emergencia prehospitalarios en todo el mundo para el tratamiento de una condición de emergencia cuando dichos servicios sean proporcionados 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 prestados por un servicio de ambulancia que cuente con un certificado conforme a la Ley de Salud Pública de New York. Sin embargo, solo cubriremos el transporte 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 conductual, 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.

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

2. Transporte en ambulancia de emergencia

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

B. Transporte en ambulancia que no sea de emergencia

Cubrimos el transporte en ambulancia que no sea de emergencia por un servicio certificado de ambulancia (ya sea ambulancia terrestre, acuática o aérea) entre centros cuando el transporte sea 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 costo-efectivo
- 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, camioneta 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 ATENCIÓN DE URGENCIA

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 preautorización 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 conductual que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente, incluyendo dolor intenso, 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 conductual, 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, entre otras, las siguientes condiciones:

- Dolor severo en el 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 aquellos servicios de emergencia y suministros que sean médicamente necesarios 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 preautorización. **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 hábil durante un fin de semana, o tan pronto sea razonablemente posible.

Cubrimos los servicios hospitalarios para pacientes internados después de la atención del departamento de emergencia en un hospital no participante mediante el pago del costo compartido dentro de la red. Si su condición médica permite su transferencia a un hospital participante, se lo notificaremos y trabajaremos con usted para coordinar la transferencia.

3. Pagos relacionados con servicios de emergencia prestados

Le pagaremos a un proveedor participante el monto que hemos negociado con el proveedor participante para los servicios de emergencia. Le pagaremos a un proveedor no participante el monto que hemos negociado con el proveedor no participantes para el servicio de emergencia o un monto que hayamos determinado que sea razonable para el servicio de emergencia. Sin embargo, el monto negociado o el que determinemos sea razonable no excederá el cargo del proveedor no participante.

Usted es responsable de cualquier costo compartido dentro de la red. Usted estará exento de cualquier cargo de un proveedor no participante que exceda su costo compartido dentro de la red. El proveedor no participante solamente podría facturarle por su costo compartido dentro de la red. Si usted recibe una factura de un proveedor no participante por un monto mayor que su costo compartido dentro de la red, deberá comunicarse con nosotros.

B. Atención de urgencia

La atención de urgencia es el cuidado médico para una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave que una persona razonable buscaría cuidado inmediatamente, pero no tan severa como para necesitar cuidado del departamento de emergencias. La atención de urgencia normalmente está disponible después del horario de atención, incluyendo las noches y fines de semana. Si necesita cuidado fuera del horario de atención, incluyendo por las noches, los fines de semana o los días feriados, tiene diversas opciones. Puede llamar al consultorio de su proveedor para que le den instrucciones o visitar un centro de atención de urgencia. Si tiene una condición

de emergencia, vaya de inmediato al departamento de emergencias del hospital más cercano o llame al 911. La atención de urgencia está cubierta en nuestra área de servicio.

1. Dentro de la red

Cubrimos la atención de urgencia de un proveedor participante o un centro de atención de urgencia participante. Usted no necesita ponerse en contacto con nosotros antes de o después de su visita.

2. Fuera de la red

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

Si la atención de urgencia 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 preautorización o los requisitos de preautorización que aplican a estos beneficios.

A. Servicios avanzados de imágenes

Cubrimos escaneos tomografía por emisión de positrones (PET), escáner de resonancia magnética (MRI), medicina nuclear y escaneos de tomografía axial computarizada (CAT).

B. Pruebas y tratamiento de 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 e inmunoterapia

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

E. Servicios de quiropráctica

Cubrimos los cuidados quiroprácticos cuando los realiza un médico 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 revisión de utilización si usted es:

- Elegible participar en un ensayo clínico aprobado para tratar ya sea cáncer u otra enfermedad o condición mortal.
- 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 mortal, 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 los servicios que no sean de salud que se requieren para que usted reciba el 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 Administración de Alimentos y Medicamentos.
- 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 certificado 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 preautorización 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 con 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 fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento ambulatorio de un centro o en el consultorio de un profesional médico 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 médico en el hogar

Cubrimos el cuidado ofrecido en su hogar por una agencia de cuidado médico en el hogar certificada o autorizada por la agencia estatal apropiada. El cuidado debe ser ofrecido conforme al 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 un enfermero profesional registrado.
- Servicios de tiempo parcial o intermitente de un asistente de cuidado médico en el hogar.
- Terapia física, ocupacional o del habla ofrecida por una agencia de cuidado médico 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 cuidado médico 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 médico se limita a 40 visitas por año del plan. Cada visita por un miembro de la agencia de cuidado médico en el hogar se considera una visita. Cada visita de hasta cuatro horas por un asistente de cuidado médico en el hogar se considera una visita. Cualquier servicio de rehabilitación o habilitación recibido bajo este beneficio no disminuirá el monto de servicios disponibles bajo los beneficios de servicios de rehabilitación o habilitación.

J. Tratamiento de infertilidad

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

Dicha cobertura está disponible de la siguiente manera:

1. 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 guías establecidas por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva y el estado de New York.

Los servicios básicos 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 médicamente necesarias.

2. 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.

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

4. Exclusiones y limitaciones. No cubrimos:

- Fertilización in vitro.
- Transferencias intrafalopianas de gametos o transferencias intrafalopianas de cigotos.
- Costos relacionados con un donante de óvulos o esperma, incluidos los gastos médicos del donante.
- Criopreservación y almacenamiento de óvulos y esperma, excepto cuando se realiza como parte de los servicios para la preservación de la fertilidad.
- Criopreservación y almacenamiento de embriones.
- Kits pronosticadores de la ovulación.
- Reversión de ligaduras de las trompas.
- Reversión de vasectomías.
- Costos para la maternidad subrogada y todo lo relacionado con esta que no sean Servicios cubiertos conforme a esta póliza.
- 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 guías establecidas y adoptadas por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva. No discriminaremos en función de su expectativa de vida, discapacidad actual o probable, grado de dependencia médica, calidad de vida percibida, otras condiciones médicas, o en función de características personales, que incluyen edad, sexo, orientación sexual, estado civil o identidad de género cuando se determine la cobertura según este beneficio.

K. Terapia de infusión

Cubrimos la terapia de infusión, es decir, la administración de medicamentos a través de sistemas de liberación especializados. Los medicamentos o nutrientes 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 indicados por un médico u otro profesional médico certificado y deben ser proporcionados en un consultorio o por parte de una agencia autorizada o certificada para suministrar terapia de infusión. Todas las visitas para terapia de infusión en el hogar se toman en cuenta para alcanzar el límite de visitas de cuidado médico en el hogar.

L. Interrupción del embarazo

Cubrimos abortos médicamente necesarios 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. Atención de maternidad y recién nacidos

Cubrimos servicios para cuidado de maternidad ofrecidos por un médico o una partera, enfermero especializado, hospital o centro de maternidad. Cubrimos atención prenatal (incluyendo una visita para estudios genéticos), cuidado de posparto, parto y complicaciones del embarazo. Para cubrir los servicios de una partera, esta debe estar certificada conforme a lo dispuesto en el Artículo 140 de la Ley de Educación de New York, 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 Ley de Salud Pública de New York. No pagaremos por servicios duplicados de rutina ofrecidos tanto por una partera como por un médico. Consulte la sección de **Servicios para pacientes hospitalizados** de este contrato para la cobertura de cuidado de maternidad para paciente hospitalizado.

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

O. Visitas al consultorio

Cubrimos las visitas al consultorio para el diagnóstico y tratamiento de una lesión, enfermedad o condición médica. Las visitas al consultorio pueden incluir visitas a domicilio.

P. Servicio hospitalario ambulatorio

Cubrimos servicios de hospital y suministros como se describe en la sección de **Servicios para pacientes hospitalizados** de este contrato que se le puede ofrecer a usted mientras esté siendo tratado en un centro ambulatorio. Por ejemplo, los servicios cubiertos incluyen, entre otros, 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.

Q. Pruebas de preadmisión

Cubrimos pruebas de preadmisión solicitadas por su médico y realizadas 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.

R. Medicamentos recetados para uso en el consultorio y en los centros para pacientes ambulatorios.

Cubrimos medicamentos recetados (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.

S. Servicios de rehabilitación

Cubrimos servicios de rehabilitación que consisten de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento ambulatorio de un centro o en el consultorio de un profesional médico 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.

Solo cubrimos fisioterapia y terapia 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 los seis meses de lo que ocurra más tarde:

- 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

En ningún caso se continuará la terapia más allá de los 365 días después de dicho evento.

T. Clínicas en locales comerciales

Cubrimos los servicios médicos básicos que usted recibe “sin cita previa” en las clínicas en locales comerciales, que suelen encontrarse en las principales farmacias o tiendas minoristas. Los servicios cubiertos son suministrados, por lo general, por un enfermero especializado o un auxiliar médico. Los servicios cubiertos disponibles en clínicas en locales comerciales se limitan a la atención de rutina y el tratamiento de enfermedades comunes. Las clínicas en locales comerciales no reemplazan a su PCP. Su PCP debe ser su primera opción de atención y consultas habituales.

U. Segundas opiniones

1. Segunda opinión sobre el cáncer

Cubrimos una segunda opinión médica por un especialista adecuado, incluyendo, entre otros, un especialista afiliado a un centro de cuidado especializado, 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 dentro de la red cuando su médico tratante proporciona una preautorización 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 preautorización para un procedimiento quirúrgico. No tiene costo para usted cuando solicitamos una segunda opinión.

- La segunda opinión debe ser emitida por un especialista certificado por el Colegio de Médicos que lo examine 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 preautorización de los servicios cubiertos respaldados por una mayoría de los proveedores que estén revisando su caso.

V. 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 hospitalización, incluyendo los servicios de un cirujano o especialista, asistente (incluyendo un asistente del médico o un enfermero especializado) y un anestesiólogo 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 normas 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.

W. Cirugía oral

Cubrimos los siguientes procedimientos quirúrgicos dentales y orales limitados:

- Procedimientos quirúrgicos orales para huesos de la mandíbula o tejido circundante y servicios dentales para la reparación o reemplazo de dientes naturales sanos que se requieren 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.

X. Cirugía reconstructiva de mamas

Cubrimos cirugía de reconstrucción 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.

Y. Otra cirugía reconstructiva y correctiva

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 médicamente necesaria.

Z. 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.

AA. Trasplantes

Solo cubrimos aquellos trasplantes que se determina que no son experimentales ni investigativos. Los trasplantes cubiertos incluyen, entre otros, los trasplantes de riñón, córnea, hígado, corazón, páncreas, pulmón y médula ósea.

Todos los trasplantes deben ser recetados por su(s) especialista(s). Además, todos los trasplantes deben realizarse en hospitales que hayamos aprobado y designado específicamente como Centros de Excelencia para realizar estos procedimientos.

Cubrimos los gastos de hospital y médicos, incluyendo cargos de búsqueda de donantes, 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 médico.

No cubrimos: gastos de viaje, alojamiento, comidas, u otras adaptaciones para donantes o invitados; cargos 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 preautorización o los requisitos de preautorización que aplican a estos beneficios.

A. 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 médico certificado legalmente para recetar según lo dispuesto en el Título 8 de la Ley de Educación de New York 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
- Cartuchos para las personas con deficiencia visual
- Sistemas de administración de datos para la diabetes
- Insulina y cartuchos de pluma desechables
- Dispositivos de extracción para personas con deficiencia 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
- Kit de glucosa
- Monitor de glucosa con o sin funciones especiales para las personas con deficiencia visual, soluciones de control y tiras reactivas para el monitor de glucosa en el hogar
- Cinta adhesiva reactiva de glucosa
- Análisis o tiras reactivas para la glucosa
- Ayudas para inyecciones
- Inyector (Busher) automático
- Insulina
- Entrega de cartuchos de insulina
- Dispositivos para la infusión de insulina
- Bomba de insulina
- Lancetas
- Agentes orales 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, según designe como apropiados para el tratamiento de la diabetes el Comisionado de Salud del Estado de Nueva York, por medio de una regulación

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 requeridos 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 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 para 30 días hasta un suministro máximo para 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 médico autorizado para recetar según el Título 8 de la Ley de Educación de New York o su personal durante una visita al consultorio.
- Después de la preautorización de su médico u otro proveedor de cuidado médico autorizado para recetar bajo el Título 8 de la Ley de Educación de New York a los siguientes educadores médicos que no son médicos: enfermeros educadores certificados 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 médicamente necesaria.

3. Limitaciones

Los artículos solo serán proporcionados en montos 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 médicamente necesario.

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 medicamento necesario. Los medicamentos recetados, suministros y equipos diabéticos que están sujetos a la terapia escalonada incluyen:

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

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

B. Equipo médico duradero y férulas

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

1. Equipo médico duradero

El equipo médico duradero es equipo que:

- Está diseñado y proyectado para uso repetido.
- Es usado principal y habitualmente para servir a un propósito médico.
- Generalmente no le es útil a una persona en la ausencia de enfermedad o lesión.
- Es apropiado 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 o abuso de su parte. Determinaremos si hay que alquilar o comprar dichos equipos. No cubrimos equipo médico duradero de venta libre.

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

2. Férulas

Cubrimos férulas, incluyendo aparatos ortopédicos, que son utilizados externamente y que temporal o permanentemente ayudan a todas o parte de una función 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 o abuso de su parte.

C. Audífonos

1. Audífonos externos

Cubrimos audífonos que se requieren para la corrección de un deterioro auditivo (una disminución en la habilidad para percibir sonidos, la cual puede variar de sordera ligera a completa). Los audífonos son dispositivos amplificadores electrónicos diseñados para llevar un sonido más eficaz hacia el oído. Un audífono consiste de un micrófono, amplificador y receptor.

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

2. Implantes cocleares

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

- Anomalías craneofaciales cuyos canales auditivos anormales o ausentes impiden el uso de un audífono portátil
- Pérdida de la audición de suficiente gravedad que no sería curada adecuadamente por un audífono portátil

La cobertura es de un audífono por oído, de por vida. Cubrimos la reparación y/o reemplazo de un audífono anclado en el hueso solamente por desperfectos.

D. Hospicio

El cuidado para enfermos terminales está disponible si su médico tratante primario ha certificado que usted tiene seis meses o menos de vida. Cubrimos el cuidado para enfermos terminales para paciente internado en un hospital u hospicio y cuidado médico en el hogar y servicios ambulatorios ofrecidos por el hospicio, incluyendo medicamentos y suministros médicos.

La cobertura se ofrece para 210 días de cuidado para enfermos terminales.

Solo cubrimos cuidado para enfermos terminales cuando es ofrecido como parte de un programa de cuidado para enfermos terminales certificado conforme a lo dispuesto en el Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de New York. Si el cuidado es ofrecido fuera del Estado de New York, el hospicio debe estar certificado bajo un proceso similar de certificación requerido 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.

E. Suministros médicos

Cubrimos suministros médicos que se requieren 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 diabéticos.

F. Prótesis

1. Dispositivos prostéticos externos

Cubrimos dispositivos prostéticos (incluyendo pelucas) que son usados externamente y que temporal o permanentemente reemplazan todo o parte de una parte corporal externa que ha sido perdida 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 dentaduras postizas 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 Visión** 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 por vida.

La cobertura es solo para equipos estándares.

Cubrimos el costo de un dispositivo protético, por miembro, de por vida. También cubrimos el costo de reparación o reemplazo del dispositivo protético 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 protéticos internos

Cubrimos dispositivos protéticos 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 el reemplazo debido al crecimiento o desgaste normal.

La cobertura es solo para equipos estándares.

SECCIÓN XI: SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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 preautorización o los requisitos de preautorización que aplican a estos beneficios.

A. Servicios hospitalarios

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

- 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 citoscópicos.
- El uso de las unidades y equipos de cuidados intensivos, 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 radioterapia, laboratorio y exámenes patológicos.
- Sangre y productos sanguíneos excepto cuando la participación en un programa de reemplazo voluntario de sangre está disponible para usted.
- Radioterapia y terapia de inhalación, quimioterapia, rehabilitación pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca.
- Fisioterapia, terapia del habla y terapia 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.

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

B. Servicios de observación

Cubrimos 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 certificado.

C. Servicios médicos para paciente hospitalizado

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

D. Hospitalización por cuidado de maternidad

Cubrimos cuidado de maternidad para paciente hospitalizado en un hospital para la madre y cuidado del recién nacido para paciente hospitalizado en un hospital para el bebé, 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 médicamente necesario. El cuidado ofrecido incluirá educación de los padres, asistencia y entrenamiento en alimentación por lactancia materna o con biberón y evaluaciones clínicas necesarias de la madre y el recién nacido. También cubriremos cualquier día adicional de dicho cuidado que determinemos que sea médicamente necesario. En caso de que la madre elija dejar el hospital y solicite una visita de cuidado médico en el hogar antes de finalizar el periodo de cobertura de 48 o 96 horas, cubriremos una visita de cuidado médico en el hogar. La visita de cuidado médico 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 para esta visita de cuidado médico en el hogar se agregará a las visitas de cuidado médico en el hogar de este contrato y no estará sujeta a ningún monto de costos compartidos de la sección de la **Tabla de beneficios** de este contrato que aplica a los beneficios de cuidado médico en el hogar.

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

E. Hospitalización para cuidado de una mastectomía

Cubrimos servicios para pacientes hospitalizados 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 de banco de sangre autóloga

Solo cubrimos servicios de banco de sangre autóloga 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 los cargos de almacenamiento por un periodo razonable que sea apropiado para tener sangre disponible cuando sea necesario.

G. Servicios de habilitación

Cubrimos servicios de habilitación para Cubrimos servicios de habilitación para pacientes hospitalizados, que consisten en fisioterapia, 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 con hospitalización que constan de fisioterapia, 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 fisioterapia y terapia 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 certificado por el Artículo 28 o un centro de cuidados médicos agudos 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 tarifa 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 enfermeros de servicios especiales, cargos por cuartos privados (a menos que el cuarto privado sea médicamente necesario), o por medicamentos

y suministros que usted lleva a casa desde el centro. Si usted ocupa un cuarto privado y este no es médicamente necesario, 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 médicamente necesario para usted recibir cuidado de pacientes hospitalizados, a menos que nuestra denegación sea revocada por un agente de apelación externa.

SECCIÓN XII: SERVICIOS MÉDICOS MENTALES Y POR ABUSO 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 preautorización o los requisitos de preautorización que aplican a estos beneficios, los cuales no sean más restrictivos que los que aplican a beneficios médicos y quirúrgicos de conformidad con la Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad para las Adicciones federal de 2008.

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

1. Servicios para paciente hospitalizado

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

- Un centro psiquiátrico o para paciente hospitalizado bajo la jurisdicción de la Oficina de Salud Mental del Estado de New York.
- Un centro para paciente hospitalizado psiquiátrico dirigido por el gobierno estatal o local.
- Una parte de un hospital que proporcione servicios de cuidado médico mental para pacientes hospitalizados en virtud de un certificado de funcionamiento emitido por el Comisionado de Salud Mental del Estado de New York.
- Un programa de emergencia psiquiátrica integral u otro centro que brinde cuidado médico mental para pacientes hospitalizados, que tenga un certificado de funcionamiento emitido por el Comisionado de Salud Mental del Estado de New York.

Y, en otros estados, centros similarmente autorizados o certificados. A falta de un centro autorizado o certificado de manera similar, el centro debe estar acreditado por la Comisión Conjunta sobre Acreditación de Organizaciones de Cuidado Médico o una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros.

También cubrimos servicios de cuidado médico mental para pacientes hospitalizados que se relacionen con el diagnóstico y el tratamiento de condiciones de salud mental, recibidos en centros que ofrecen tratamiento residencial, incluyendo cargos por alojamiento y comida. La cobertura de los servicios de tratamiento residencial se limita a los centros definidos en la Sección 1.03 de la Ley de Salud Mental de New York y a los centros de tratamiento residencial que forman parte de un centro de cuidado médico integral de los trastornos alimenticios identificados conforme al Artículo 30 de la Ley de Salud Mental de New York; y, en otros estados, a los centros que están autorizados o certificados para proporcionar el mismo nivel de tratamiento. A falta de un centro autorizado o certificado que proporcione el mismo nivel de tratamiento, el centro deberá estar acreditado por la Comisión Conjunta sobre Acreditación de

Organizaciones de Cuidado Médico o una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros.

2. Servicios para paciente ambulatorio

Cubrimos servicios de cuidado médico mental para pacientes ambulatorios, incluyendo, entre otros, servicios del programa de hospitalización parcial y servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios, que se relacionen con el diagnóstico y el tratamiento de condiciones de salud mental. Cubrimos hasta un total de 20 visitas de consejería familiar durante un año del plan. La consejería familiar incluye visitas de consejería familiar con el inscrito presente y visitas de consejería familiar sin el inscrito presente. La cobertura de servicios de cuidado médico mental para pacientes ambulatorios incluye centros que tienen un certificado de funcionamiento conforme al Artículo 31 de la Ley de Salud Mental de New York o que son operados por la Oficina de Salud Mental de New York y los centros de estabilización de crisis certificados conforme a la sección 36.01 de la Ley de Salud Mental de New York y, en otros estados, incluye centros autorizados o certificados de forma similar; y los servicios prestados por un psiquiatra o psicólogo certificado; un trabajador social clínico certificado que tenga al menos tres años de experiencia adicional en psicoterapia; un enfermero especializado certificado; un consejero de salud mental certificado; un terapeuta de familia o de pareja certificado; un psicoanalista certificado; o una corporación profesional o una corporación de profesores universitarios perteneciente a dicha corporación profesional. A falta de un centro autorizado o certificado de manera similar, el centro debe estar acreditado por la Comisión Conjunta sobre Acreditación de Organizaciones de Cuidado Médico o una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros. Los servicios para paciente ambulatorio también incluyen consejería nutricional para tratar una condición de salud mental.

3. Trastorno del espectro autista.

Cubrimos los siguientes servicios cuando dichos servicios son recetados u ordenados por un médico o psicólogo certificado y nosotros determinamos que son médicamente necesarios para la detección, diagnóstico o tratamiento del trastorno del espectro autista. Para propósitos de este beneficio “trastorno del espectro autista” significa cualquier trastorno generalizado del desarrollo definido en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en el momento cuando se presten los servicios.

- i. Pruebas de detección y diagnóstico. Cubrimos asesoramientos, evaluaciones y pruebas para establecer si alguien tiene un trastorno del espectro autista.
- ii. 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 certificado 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, entre otros, laptop, desktop o tabletas.

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 (1) una reparación o reemplazo por tipo de dispositivo que sea necesaria debido a asuntos conductuales. La cobertura se ofrecerá para el dispositivo más apropiado para Su nivel funcional actual. No cubrimos la entrega o cargos de servicios o mantenimiento de rutina.

iii. Tratamiento de salud conductual. 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 certificado. Cubrimos el análisis conductual aplicado cuando sea realizado por un profesional médico autorizado o certificado que se especialice en el análisis conductual aplicado. “Análisis conductual aplicado” significa el diseño, implementación, y evaluación de modificaciones ambientales, al usar estímulos y consecuencias conductuales, para crear una mejora significativa socialmente en la conducta humana, incluyendo el uso de observación directa, medida, y análisis funcional de la relación entre el ambiente y el comportamiento.

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

v. 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.

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

vii. Limitaciones. No cubrimos ningún servicio o tratamiento establecido arriba cuando dichos servicios son ofrecidos según un plan de educación personalizado conforme a lo dispuesto en la Ley de Educación de New York. La cláusula de prestación de servicios conforme a un plan de servicio familiar personalizado según la Sección 2545 de la Ley de Salud Pública de New York, un plan de educación personalizado según lo dispuesto en el Artículo 89 de la Ley de Educación de New York, o un plan de servicio personalizado

conforme a lo dispuesto en las regulaciones de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo del Estado de New York 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 certificado.

Usted es responsable por cualquier cláusula 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 fisioterapia generalmente también aplicará a los servicios de fisioterapia 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 requisitos del costo compartido que aplica a los servicios de análisis conductual aplicado y los dispositivos de ayuda para la comunicación.

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

1. Servicios para paciente hospitalizado

Cubrimos servicios para paciente hospitalizado 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 para trastornos por uso de sustancias. Los servicios para paciente hospitalizado por uso de sustancias se limitan a los centros del Estado de New York que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por la Oficina de Servicios y Apoyo para Adicciones (OASAS) y, en otros estados, a aquellos centros que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por una agencia estatal similar y que estén acreditados por la Comisión Conjunta o una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros como programas de tratamiento del alcoholismo, el abuso de sustancias o la dependencia a los químicos.

También cubrimos servicios para paciente hospitalizado para 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 de servicios de tratamiento residencial se limita a los Centros que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por la OASAS; y, en otros estados, a aquellos centros que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por una agencia estatal similar y que estén acreditados por la Comisión Conjunta o una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros como programas de tratamiento del alcoholismo, el abuso de sustancias o la dependencia a los químicos, para proporcionar el mismo nivel de tratamiento.

2. Servicios para paciente ambulatorio

Cubrimos los servicios por uso de sustancias para paciente ambulatorio que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, incluyendo, entre otros, servicios del programa de hospitalización parcial; servicios del programa intensivo para paciente ambulatorio; programas de tratamiento de adicciones a los opioides, como servicios de apoyo de

pares, consejería y tratamiento asistido con medicamentos. Dicha cobertura se limita a los centros del estado de New York que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por la OASAS para proporcionar servicios asociados con el trastorno por uso de sustancias para paciente ambulatorio y los centros de estabilización de crisis certificados conforme a la sección 36.01 de la Ley de Salud Mental de New York; y, en otros estados, a aquellos centros que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por una agencia estatal similar y que estén acreditados por la Comisión Conjunta o una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros como programas de tratamiento del alcoholismo, el abuso de sustancias o la dependencia a los químicos. 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 conforme a lo dispuesto en la Ley para el Tratamiento de Adicción a Drogas 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 requisito de preautorización o referencia que aplican a estos beneficios.

A. Medicamentos recetados cubiertos

Cubrimos medicamentos recetados médicamente necesarios que, salvo que se disponga específicamente de otra manera, pueden ser dispensados solamente conforme a una receta y son:

- Requeridos 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 guías aprobadas de dosificación y administración de la FDA.
- Dispensados por una farmacia certificada.

Los medicamentos recetados cubiertos incluyen, entre otros:

- Medicamentos recetados autoinyectables/administrados.
- Inhaladores (con espaciadores).
- Preparaciones dentales tópicas.
- Vitaminas prenatales, vitaminas con fluoruro y de entidades simples.
- Medicamentos 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 Institutos Nacionales de Salud.
- 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 certificado ha emitido una orden escrita. La orden escrita debe indicar que la fórmula enteral es médicamente necesaria y que se ha demostrado su eficacia como régimen de tratamiento para una enfermedad específica. Las enfermedades y los trastornos específicos incluyen, entre otros: enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos o ácidos orgánicos, enfermedad de Crohn, reflujo gastroesofágico, motilidad gastroesofágica como pseudo obstrucción intestinal crónica y diversas alergias graves a los alimentos. Las diversas alergias a los alimentos, incluyen, entre otras: varias proteínas de alimentos, mediadas y no mediadas por inmunoglobulina E; síndrome grave de enterocolitis inducida por proteínas de alimentos; trastornos eosinófilos y absorción alterada de nutrientes a causa de trastornos que afectan la superficie absorbente, la función, la extensión y la motilidad del tracto gastrointestinal.
- Productos alimenticios sólidos modificados que tienen bajo contenido proteico o que contienen proteínas modificadas o base de aminoácidos para tratar ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos, así como afecciones alérgicas graves a las proteínas.

- 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 la Secretaría de Salud y Servicios Humanos Federal o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; o recomendado por un artículo de revisión o comentario editorial en un diario profesional importante revisado por un colega.
- Medicamento oral anticanceroso que se usa para anular o retrasar el desarrollo de 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 preventivos, incluyendo medicamentos de venta libre para los cuales hay una orden escrita, proporcionados de acuerdo con las guías integrales respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA) o que posean una clasificación "A" o "B" del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).
- Medicamentos recetados para el tratamiento de trastornos de salud mental y por el uso de sustancias, incluyendo medicamentos para desintoxicación, mantenimiento y reversión de sobredosis.
- Medicamentos, dispositivos y otros productos anticonceptivos, incluyendo medicamentos, dispositivos y otros productos anticonceptivos de venta libre, aprobados por la FDA y según lo indiquen o lo autoricen de otro modo las leyes estatales o federales. "Productos anticonceptivos de venta libre" significa aquellos productos previstos en guías integrales respaldadas por la HRSA. La cobertura también incluye anticoncepción de emergencia cuando se proporciona conforme a una receta u orden, o cuando se proporciona legalmente de venta libre. Usted podría solicitar cobertura para una versión alternativa de un medicamento, dispositivo u otro producto anticonceptivo si el medicamento, dispositivo u otro producto anticonceptivo cubierto no está disponible o se considera no aconsejable por motivos médicos, según lo determine su proveedor de cuidado médico.

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

B. Reposiciones

Solo cubrimos reposiciones de medicamentos recetados cuando son dispensados en una farmacia minorista o de pedido por correo tal como lo ordenó el proveedor autorizado. Los beneficios para reposiciones no serán ofrecidos más allá de un año a partir de la fecha original de la receta. Para medicamentos recetados de gotas para ojos, permitimos la reposición limitada de la receta antes del último día del periodo de dosis apropiado sin considerar cualquier restricción de cobertura en reposiciones tempranas de renovaciones. Hasta la medida practicable, la cantidad de gotas para

ojos en la reposición temprana estará limitada al monto restante en la dosis que fue dispensada inicialmente. Su costo compartido para la reposición limitada es el monto que aplica a cada receta o reabastecimiento según se establece en la sección de la **Tabla de beneficios** de este contrato.

C. Información sobre beneficios y pagos

1. Gastos de costo compartido

Usted es responsable por el pago de los costos detallados en la sección de la **Tabla de beneficios** de este contrato cuando obtenga los medicamentos recetados cubiertos en una farmacia minorista, de pedido por correo o una farmacia designada.

Usted tiene un diseño de plan de tres niveles, lo que significa que sus gastos de bolsillo generalmente serán más bajos para los medicamentos recetados en el nivel 1 y más altos para los del nivel 3. Sus gastos de 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 total (el monto 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 los medicamentos recetados adquiridos en una farmacia minorista o de pedido por correo, o en una farmacia participante designada, usted es responsable por el pago del monto más bajo de los siguientes:

- 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. Farmacias designadas.

Si usted necesita ciertos medicamentos recetados incluyendo, entre otros, medicamentos recetados de especialidad, podemos recomendarle una farmacia designada con la cual tenemos un acuerdo para ofrecer dichos medicamentos recetados.

Generalmente, los medicamentos recetados de especialidad son medicamentos recetados aprobados para tratar poblaciones de pacientes o condiciones limitadas; se inyectan, se administran por infusión o requieren el control cuidadoso de un proveedor; o bien, tienen una disponibilidad limitada, requisitos especiales de expendio y entrega, y/o requieren un apoyo adicional por parte del paciente.

Si le recomiendan ir a una farmacia designada y usted elige no comprar allí su medicamento recetado, no tendrá cobertura para ese medicamento recetado.

A continuación, encontrará las clases terapéuticas de medicamentos recetados o condiciones que se incluyen en este programa:

- Edema macular asociado al envejecimiento;
- Anemia, neutropenia, trombocitopenia;
- Anticonceptivos;
- Cardiovascular;
- Enfermedad de Crohn;
- Fibrosis quística;
- Citomegalovirus;
- Trastornos endócrinos/trastornos neurológicos, como espasmos infantiles
- Deficiencias enzimáticas/trastornos de depósito lisosomal
- Enfermedad de Gaucher;
- Hormona del crecimiento;
- Hemofilia;
- Hepatitis B, hepatitis C;
- Angioedema hereditario;
- VIH/sida;
- Inmunodeficiencia;
- Modulador inmunológico;
- Infertilidad;
- Sobrecarga de hierro;
- Toxicidad de hierro;
- Esclerosis múltiple;
- Oncología;
- Osteoartritis;
- Osteoporosis;
- Enfermedad de Parkinson;
- Hipertensión arterial pulmonar;
- Condición respiratoria;
- Condiciones reumatológicas y relacionadas (artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, artritis reumatoide juvenil, psoriasis);
- Trasplantes;
- Prevención del RSV

5. Farmacia minorista designada para medicamentos para tratamiento a largo plazo.

También podría surtir su receta de medicamentos para tratamiento a largo plazo con un suministro para 90 días como máximo en una farmacia minorista designada. Usted es responsable por pagar el más bajo de:

- El costo compartido aplicable; o
- El costo del medicamento recetado para ese medicamento.

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

Para maximizar su beneficio, pídale a su proveedor una receta o una reposición para un suministro para 90 días con reposiciones cuando correspondan (no un suministro para 30 días con tres (3) reposiciones).

A continuación, encontrará las clases terapéuticas de medicamentos recetados o condiciones que se incluyen en este programa:

- Asma;
- Presión arterial;
- Anticonceptivos;

Usted o su proveedor podrían obtener una copia de la lista de medicamentos recetados disponibles a través de un farmacia minorista designada visitando nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 833-207-3117 (el número que figura en su tarjeta de identificación). La lista de medicamentos para tratamiento a largo plazo se actualiza periódicamente. Visite nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llame al 833-207-3117 (el número que figura en su tarjeta de identificación) para averiguar si un medicamento recetado en particular está en la lista de tratamiento a largo plazo.

6. Pedido por correo

Determinados medicamentos recetados se pueden ordenar a través de nuestra farmacia de pedido por correo. Usted es responsable por el pago de lo más bajo de lo siguiente:

- 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 reposición para un suministro para 90 días, con reposiciones cuando sea adecuado (no un suministro para 30 días con tres reposiciones). Deberá pagar los costos compartidos del pedido por correo por cualquier receta o reposición que se envíe al proveedor de pedido por correo, independientemente de la cantidad de días de suministro escritos en la receta o en la reposición.

Los medicamentos recetados 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 podría obtener una copia de la lista de medicamentos recetados disponibles a través de pedido por correo visitando nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 833-207-3117 (TTY 711).

7. Estado de nivel

El estado de nivel de un medicamento recetado podría cambiar periódicamente, pero no más de cuatro veces por año calendario, o cuando un medicamento de marca pase a estar disponible como medicamento genérico, como se explica a continuación, en función de nuestras decisiones de clasificación por niveles. Estos cambios podrían ocurrir sin aviso previo para usted. Sin embargo, si tiene una receta para un medicamento que se está cambiando a un nivel más alto o que se está eliminando de nuestro formulario, se lo avisaremos al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Cuando ocurran dichos cambios, su costo compartido podría cambiar. También podría solicitar una excepción al formulario para un medicamento recetado que ya no aparece en el formulario, como se detalla a continuación y en la sección de **Apelación externa** de este contrato. Puede acceder al estado de nivel más actualizado en nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 800-300-8181 (TTY 711).

8. 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 está tomando un medicamento de marca que luego se excluye o se coloca en un nivel más alto por tener un equivalente genérico disponible, recibirá una notificación escrita de este cambio 30 días antes de que esté vigente. Podría solicitar una excepción al formulario para un medicamento recetado que ya no aparece en el formulario, como se detalla a continuación y en la sección de **Apelación externa** de este contrato.

9. Proceso de excepción al formulario

Si un medicamento recetado no está en nuestro formulario, usted, la persona que usted designe o su profesional médico que receta podrían solicitar una excepción al formulario para un medicamento recetado clínicamente apropiado por escrito, por vía electrónica o telefónicamente. La solicitud debe incluir una declaración de su proveedor de cuidado médico 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 empireblue.com/nyessentialplan o llame al 800-300-8181 (TTY 711) para averiguar más sobre este proceso.

10. Revisión estándar de una excepción al formulario

Tomaremos una decisión y se la comunicaremos a usted o a la persona que usted designe, y al proveedor de cuidado médico que emitió la receta, por teléfono, dentro de las 72 horas desde que hayamos recibido su solicitud. Le notificaremos por escrito en el plazo de tres (3) días hábiles de haber recibido su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento recetado mientras esté tomando el medicamento, incluyendo cualquier reposición.

11. Revisión acelerada de una excepción al formulario

Si está sufriendo de una condición médica que podría 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, podría solicitar una revisión acelerada de una excepción al formulario. La solicitud debe incluir una declaración de su profesional de cuidado médico recetante de que usted podría sufrir daños razonablemente si el medicamento recetado no es provisto dentro de los marcos de tiempo para nuestro proceso estándar de excepción al formulario. Tomaremos una decisión y se la comunicaremos a usted o a la persona que usted designe, y al proveedor de cuidado médico que emitió la receta, por teléfono, dentro de las 24 horas desde que hayamos recibido su solicitud. Le notificaremos por escrito en el plazo de tres (3) días hábiles de haber recibido su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento recetado mientras sufra de la condición médica 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.

12. Límites de suministro

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

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

Se ofrecerán beneficios para medicamentos recetados dispensados por una farmacia de pedido por correo para una cantidad de hasta un suministro para 90 días. Usted es responsable por el pago de un (1) monto de costo compartido para un suministro para 30 días hasta un máximo de dos (2); dos montos y medio (2.5) de los costos compartidos para un suministro para 90 días.

Los medicamentos de especialidad recetados pueden estar limitados a un suministro para 30 días cuando se obtienen en una farmacia especializada de la red. Puede tener acceso a nuestro sitio web empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 833-207-3117 (TTY 711) para obtener más información sobre los límites de suministro para medicamentos de especialidad 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 el monto dispensado por receta o reposición y/o la cantidad dispensada por suministro mensual. Usted puede determinar si un medicamento recetado ha sido asignado a un nivel de cantidad máxima para ser dispensado accediendo a nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 833-207-3117 (TTY 711). Si denegamos una solicitud para cubrir un monto que exceda nuestro nivel de cantidad, usted tiene derecho a una apelación conforme a lo descrito en las secciones de **Revisión de utilización** y **Apelación externa** de este contrato.

13. Suministro inicial limitado de medicamentos opioides recetados

Si usted recibe una receta inicial limitada para un suministro para 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 para siete días, su copago por el resto del suministro para 30 días también será prorrateado. En ningún caso el (los) copago(s) prorrateados totalizarán más que su copago por un suministro para 30 días.

14. Costo compartido para medicamentos anticancerígenos administrados por vía oral

Su costo compartido para medicamentos anticancerígenos administrados por vía oral es al menos tan favorable como el monto de los costos compartidos, si lo hubiera, que se aplica a los medicamentos anticancerígenos inyectados o administrados por vía intravenosa cubiertos según la sección **Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios** de este contrato.

15. Programa de media tableta

Ciertos medicamentos recetados pueden designarse como elegibles para nuestro programa voluntario de media tableta. Este programa ofrece la oportunidad de disminuir sus gastos de bolsillo de medicamentos recetados por hasta 50 por ciento usando tabletas de concentraciones más altas y dividiéndolas por la mitad. Si está tomando un medicamento recetado elegible y le gustaría participar en este programa, llame a su médico para consultar si el programa de mitad de la tableta es adecuado para su condición. Si su médico acepta, él o ella debe escribir una nueva receta para su medicamento que le permita participar.

Usted puede determinar si un medicamento recetado es elegible para el programa voluntario de media tableta accediendo a nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 833-207-3117 (el número que figura en su tarjeta de identificación).

16. Programa de dispensa de surtido dividido

El programa de dispensa de surtido dividido está diseñado para evitar el derroche de medicamentos recetados si cambia de medicamento recetado o dosis. Los medicamentos recetados incluidos en este programa son los identificados como medicamentos que requieren un seguimiento más frecuente para monitorear la respuesta al tratamiento y las reacciones. Inicialmente, obtendrá un suministro para 15 días como máximo (o el monto de medicamento adecuado que se necesita para un ciclo de tratamiento de la infertilidad promedio) de su receta para determinados medicamentos abastecidos en una farmacia designada, minorista o de pedido por correo en lugar del suministro de la receta completa. En principio, paga un costo compartido menor en función del medicamento dispensado y, para el segundo surtido, tendrá un costo compartido total para 30 días. Las clases terapéuticas de medicamentos recetados que se incluyen en este programa son las siguientes: antivirales/antiinfecciosos, para infertilidad, toxicidad de hierro, trastornos neurológicos/mentales, esclerosis múltiple y oncología. Este programa aplica a los primeros 60 días en los que comienza a utilizar un medicamento recetado nuevo. El programa no se aplicará si usted o su proveedor lo solicitan. Usted o su proveedor podrán rechazar el programa. Para ello, visite nuestro sitio web empireblue.com/nyessentialplan o llame al 833-207-3117 (el número que figura en su tarjeta de identificación).

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 médicamente necesario.

1. Preautorización

Es posible que se necesite una preautorización para ciertos medicamentos recetados para asegurar el uso y que se sigan las guías apropiadas para la cobertura de medicamentos recetados. Cuando sea apropiado, su proveedor será responsable de obtener la preautorización para el medicamento recetado. En caso de que elija comprar el medicamento recetado sin obtener una preautorización, usted debe pagar por el costo completo de dicho medicamento y presentarnos una reclamación para reembolso. No se requiere preautorización de los medicamentos cubiertos para tratar trastornos por abuso de sustancias, incluyendo medicamentos que pueden revertir una sobredosis de opioides que se le hayan recetado o dispensado.

Para obtener una lista de medicamentos recetados que necesitan preautorización, visite nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llame al 800-300-8181 (TTY 711). El listado será revisado y actualizado de vez en cuando. También nos reservamos el derecho de requerir una preautorización 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 podría 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 médicamente necesario. 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. Revisamos algunos medicamentos recetados para asegurarnos de que se sigan las guías de elaboración de recetas adecuadas. Estas guías le ayudan a obtener medicamentos recetados de alta calidad y costo-efectivos. Los medicamentos recetados que necesiten preautorización bajo el programa de terapia escalonada también están incluidos en la lista de medicamentos con preautorización. 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 médico 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 sus proveedores sobre las alternativas de ciertos medicamentos recetados. Podemos ponernos en contacto con usted y su proveedor para informarle acerca 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 empireblue.com/nyessentialplan o llame al 800-300-8181 (TTY 711).

E. Limitaciones/términos de cobertura

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

1. Si determinamos que puede estar utilizando un medicamento recetado de manera peligrosa o abusiva, o con una frecuencia peligrosa, podemos limitar su selección de farmacias participantes y proveedores que emiten recetas. Si esto ocurre, es posible que le solicitemos que elija una sola farmacia participante y un solo proveedor que coordinará y le proporcionará todos los servicios farmacéuticos futuros. Los beneficios serán pagados solamente si usted utiliza una sola farmacia participante seleccionada. Los beneficios se pagarán solo si su proveedor seleccionado, o un proveedor autorizado por su proveedor seleccionado, emite las órdenes de medicamentos recetados o reposiciones. Si no elige dentro de los 31 días posteriores a la fecha en la que se lo notificamos, elegiremos una farmacia participante y/o un proveedor que emita recetas para usted.
2. Los medicamentos recetados compuestos solo serán cubiertos cuando los ingredientes estén incluidos en el formulario y sean obtenidos de una farmacia que esté aprobada para medicamentos compuestos. Todos los medicamentos recetados compuestos por más de \$200 requieren que su proveedor obtenga una preautorización.
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 guías 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 las guías integrales apoyadas 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. No cubrimos productos reempaquetados, como kits terapéuticos o paquetes de conveniencia que incluyan un medicamento recetado cubierto, salvo que el medicamento recetado solamente esté disponible como parte de un kit terapéutico o paquete de conveniencia. Los kits terapéuticos o paquetes de conveniencia contienen uno o más medicamentos recetados y pueden incluir artículos de venta libre, como guantes, dediles, toallas higiénicas o emolientes tópicos.
7. No cubrimos medicamentos recetados para reemplazar aquellos que puedan haber sido perdidos o robados.
8. No cubrimos medicamentos recetados que le han sido dispensados mientras está en el hospital, hogar de ancianos, otra institución, centro, o si es un paciente de cuidado médico en el hogar, excepto en aquellos casos donde la base del pago por o en nombre de usted para el hospital, hogar de ancianos, agencia de cuidado médico 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 medicamento necesarios 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 surtida.

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 hábiles 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 la utilización diseñadas para asegurar el uso apropiado del medicamento recetado, para evitar el uso inapropiado y alentar el uso de medicamentos costo-efectivos. A través de estos esfuerzos, usted se beneficia al obtener los medicamentos recetados apropiados de una manera costo-efectiva. 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 reclamaciones o como un ajuste al componente de gastos administrativos de nuestras primas de medicamentos recetados. 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 la 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 entre otros, medicamentos de especialidad 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. Esta lista está sujeta a nuestra revisión y modificación periódicas (no más de cuatro veces por año calendario o cuando un medicamento de marca pasa a estar disponible como medicamento genérico). Para determinar qué nivel se le ha asignado a un medicamento recetado en particular, visite nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan o llame al 800-300-8181 (TTY 711).
- 4. Medicamento genérico:** Un medicamento recetado que: 1) es químicamente equivalente a un medicamento de marca; o 2) nosotros lo identificamos como un medicamento genérico recetado 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. Medicamento para tratamiento a largo plazo:** Un medicamento recetado que se utiliza para tratar una condición considerada crónica o a largo plazo y que, por lo general, requiere un uso diario de medicamentos recetados.

6. **Farmacia no participante:** Una farmacia que no ha celebrado un acuerdo con nosotros para suministrar medicamentos recetados a los suscriptores.
7. **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.

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 reposición 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:** El monto, incluyendo un cargo del farmacéutico y cualquier impuesto a la venta, según el contrato que tenemos con nuestro administrador del beneficio de farmacia para un medicamento recetado cubierto dispensado en un 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 reposición:** La directriz para dispensar un medicamento recetado emitida por un profesional de cuidado médico debidamente certificado quien está actuando dentro del alcance de su práctica.
11. **Cargo usual y acostumbrado:** La tarifa usual que una farmacia les cobra a las personas por un medicamento recetado, sin mención del reembolso a la farmacia por parte de terceros, tal como lo requiere la Sección 6826-a de la Ley de Educación de Nueva York.

SECCIÓN XIV: BENEFICIOS DE BIENESTAR

A. Reembolso para centros de ejercicios

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

Solo tiene que seguir estos pasos para calificar:

1. Haga 50 sesiones de ejercicio en un gimnasio calificado durante cada periodo de seis meses dentro del año del plan de beneficios, que es el periodo de 12 meses de cobertura que comienza en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
 - Este programa de reembolso se basa en dos periodos de seis meses dentro del año de su plan de beneficios. Por ejemplo: si su fecha de entrada en vigencia es el 1.º de enero de 2022, el primer periodo de seis meses sería del 1.º de enero de 2022 al 30 de junio de 2022. El segundo periodo de seis meses sería del 1.º de julio de 2022 al 31 de diciembre de 2022.
2. Haga una sesión de ejercicio en un periodo de 24 horas. Debe haber por lo menos ocho horas entre ejercicios (pero no más de una por día calendario).
3. Elija cómo seleccionar su gimnasio y administre el reembolso del gimnasio:
 - **Opción uno:** Vaya a un gimnasio calificado, haga un seguimiento de las sesiones de ejercicio y envíe los formularios de Verificación de membresía del gimnasio (FCMV) y Reembolso de gimnasio. Un gimnasio calificado:
 - Está en los EE. UU. y abierto al público.
 - Tiene personal de supervisión. Esto quiere decir que, durante el horario operativo habitual, hay empleados que supervisan las operaciones y asisten a los miembros. Los instructores de clases no forman parte del personal de supervisión.
 - Ofrece programas regulares de cardio, flexibilidad y/o entrenamiento con pesas. Consulte también el encabezado **Exclusiones y limitaciones** a continuación.
 - **Opción dos:** Participe en clases de ejercicio en casa en línea/virtuales reconocidas, transmisiones en vivo de gimnasios o suscripciones.

Visite ActiveandFit.com para obtener más detalles acerca del programa de reembolso. También puede descargar formularios, ver las opciones de centros de acondicionamiento físico y obtener información sobre cómo manejar su reembolso del gimnasio. Si tiene preguntas, visite ActiveandFit.com o llame a Servicios para Miembros al 800-300-8181 (TTY 711).

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

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

- **Complete** el formulario de reembolso de gimnasio.
- **Proporcione el registro de ejercicios con las sesiones.**
 - Si están disponibles, utilice las copias impresas del centro de acondicionamiento físico. Adjunte las copias al formulario completo de Reembolso de gimnasio.
 - Complete el registro de ejercicios en el dorso del formulario de Reembolso de gimnasio. Un miembro del personal del centro de acondicionamiento físico debe firmar la hoja del registro después de cada ejercicio.

- **Adjunte un recibo o extracto de tarjeta de crédito (si tiene facturación automática)** donde conste que pagó la membresía del gimnasio por el periodo por el que solicita el reembolso.
- **Incluya una copia firmada del formulario FCMV.** El formulario debe presentarse con la primera solicitud de reembolso y/o una vez por año del plan de beneficios, para cada gimnasio calificado. *El formulario FCMV también debe ser firmado por un representante del gimnasio.*

Nota: Puede descargar los formularios FCMV y de reembolso de gimnasio en ActiveandFit.com.

Cómo obtener un reembolso por participar en clases de ejercicio en casa en línea/virtuales, transmisiones en vivo de gimnasios o suscripciones

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

- Complete el formulario de reembolso de gimnasio.
- Presente un registro de sus clases. Puede hacer impresiones/capturas de pantalla para demostrar su asistencia, presentar un registro de sesiones de ejercicio impreso de la clase virtual o una combinación de capturas de pantalla y registro impreso.
- Adjunte un recibo o extracto de tarjeta de crédito (si tiene facturación automática) donde conste que pagó la membresía del gimnasio por el periodo por el que solicita el reembolso.

Nota: No se requiere el formulario FCMVF para las clases en línea y virtuales.

- **Puede enviarnos la documentación de dos vías:**
 - Correo electrónico: fitness@exerciserewards.com
Escriba en el asunto: Solicitud de reembolso de gimnasio.
Incluya las copias electrónicas y escaneadas como archivos adjuntos. No envíe archivos de imágenes por correo electrónico (jpeg, png, etc.); envíe los documentos como archivo adjunto en formato PDF o Excel.
 - Envíe las copias impresas a:
Active&Fit ExerciseRewards™
P.O. Box 509117
San Diego, CA 92150-9117

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

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

Recibo del reembolso

En general, su reembolso se procesará en el plazo de 30 días a partir de que nosotros recibamos la documentación completa, una vez que finalice el periodo de pago.

Exclusiones y limitaciones

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

- Los miembros menores de 19 años no son elegibles para obtener el reembolso.
- Los siguientes servicios y actividades no son elegibles: servicios de rehabilitación, servicios de fisioterapia, clubes de campo, clubes sociales y equipos deportivos o ligas.
- Los cargos o los gastos por participar en actividades aeróbicas o de ejercicio que se realizan en un club o gimnasio no calificado, así como las tarifas para entrenamiento personal (ej., clases de tenis o natación), los cursos (incluso campos de entrenamiento), los cargos de asociación de propietarios (HOA), los equipos de entrenamiento o para hacer ejercicios, o las compras de vestuario no califican para el reembolso.
- Las sesiones de ejercicio en los gimnasios donde no se ofrece un acuerdo de membresía o de clases, o donde no haya personal de supervisión no califican para el reembolso.
- Los reembolsos están basados en los cargos de membresía que paga un miembro hasta el monto máximo de reembolso por contrato anual.
- El reembolso se realiza según el orden en que se presentaron las solicitudes, hasta que se alcance el monto máximo de reembolso.
- No recibirá ningún reembolso por los meses en los que aún no se hayan prestado los servicios. Si presenta solicitudes para dichos meses, se denegará el reembolso, y usted deberá presentar una nueva solicitud de reembolso una vez que se hayan prestado los servicios.
- Las sesiones de ejercicio que comenzaron antes de que fuera elegible para el programa de Reembolso de gimnasio no califican.
Las solicitudes de reembolso recibidas después de los 120 días posteriores a la finalización del año del plan de beneficios no califican.
- Los servicios que son instalaciones, como un gimnasio, que se incluyen como parte de su renta o cargo de una asociación de propietarios.
- Para ser elegible para el reembolso, debe utilizar un gimnasio o centro que reúna los requisitos y esté abierto al público, o participar en clases de ejercicio en línea/virtuales reconocidas cuyo propósito principal sea mejorar o mantener la salud física y requieran un cargo de membresía que se facture de manera mensual, anual o semestral.

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. Elegibilidad

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

4. Participación

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

5. Recompensas

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 gastos médicos (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 MANEJO DE ENFERMEDADES

Manejo de enfermedades

Un programa de Manejo de enfermedades (DM) puede ayudarle a aprovechar mejor la vida. Como parte de sus beneficios de Empire, estamos para ayudarle a que conozca aún más su salud, teniéndolo en cuenta a usted y sus necesidades en todo momento.

Nuestro equipo incluye enfermeros registrados llamados administradores de casos de DM. Ellos le ayudarán a aprender cómo manejar mejor su condición o problema de salud. Usted puede elegir ingresar a un programa de DM sin costo alguno para usted.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede ingresar a un programa de Manejo de enfermedades para recibir cuidado médico y servicios de apoyo en caso de tener alguna de estas condiciones:

Asma	Trastorno depresivo complejo: adultos
Trastorno bipolar	Trastorno depresivo complejo: niños y adolescentes
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Esquizofrenia
Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)	Enfermedad de las arterias coronarias (CAD)
VIH/sida	Diabetes
Hipertensión	Trastorno por el uso de sustancias

Cómo funciona

Cuando usted ingresa a uno de nuestros programas de DM, un administrador de casos de DM hará lo siguiente:

- Le ayudará a crear metas de salud y hacer un plan para alcanzarlas.
- Le dará orientación y apoyo mediante llamadas telefónicas personalizadas.
- Dará seguimiento a su progreso.
- Le dará información sobre apoyo local y cuidadores.
- Responderá preguntas sobre su condición y/o plan de tratamiento (formas para ayudar con los problemas de salud).
- Le enviará materiales para aprender acerca de su condición, su salud en general y su bienestar.
- Coordinará su cuidado con sus proveedores de cuidado médico, como ayudarle con:
 - Hacer citas.
 - Visitar a proveedores de cuidado médico.
 - Referirlo a especialistas en nuestro plan médico, de ser necesario.
 - Conseguir cualquier equipo médico que pueda necesitar.
- Ofrecerá materiales educativos y herramientas para el control de peso y dejar de usar tabaco (cómo dejar de usar tabaco, como dejar de fumar).

Nuestro equipo de DM y su proveedor de atención primaria (PCP) están a su disposición para ayudarle con sus necesidades médicas.

Cómo ingresar

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

Cuando llame:

- Lo ubicaremos con un administrador de casos de DM para que dé los primeros pasos.
- Le haremos algunas preguntas acerca de su salud o la de su hijo.
- Comenzaremos a trabajar en conjunto para crear el plan para usted o su hijo.

También puede enviarnos un correo electrónico a dmsself-referral@empireblue.com. Tenga en cuenta que los correos electrónicos enviados por la internet son usualmente seguros, pero existe cierto riesgo de que terceros puedan acceder (u obtener) estos correos electrónicos sin que usted lo sepa. Al enviar su información por correo electrónico, usted acepta (o sabe, entiende) que terceros tal vez accedan a estos correos electrónicos sin que usted lo sepa.

Usted puede elegir excluirse (lo sacaremos del programa) del programa en cualquier momento. Llámenos al número gratuito 888-830-4300 (TTY 711) de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. hora local de lunes a viernes para no ser incluido. También puede llamar a este número para dejarle un mensaje privado a su administrador de casos de DM las 24 horas del día.

Números de teléfono útiles

En una emergencia, llame al 911.

Manejo de enfermedades

Número gratuito: 888-830-4300 (TTY 711)

de lunes a viernes

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

Deje un mensaje privado para su administrador de casos las 24 horas del día.

Fuera del horario normal:

Llame a la Línea de Enfermería 24/7

las 24 horas del día, los siete días de la semana

800-300-8181 (TTY 711)

Derechos y obligaciones de manejo de enfermedades

Al ingresar a un programa de Manejo de enfermedades, usted tiene ciertos derechos y obligaciones.

Usted tiene derecho a:

- Obtener detalles acerca de quiénes somos, tales como:
 - Los programas y servicios que ofrecemos.
 - Nuestro personal y sus calificaciones (habilidades o educación).
 - Cualquier relación contractual (tratos que tenemos con otras compañías).
- Excluirse de servicios de DM.
- Saber cuál administrador de casos de DM está manejando sus servicios de DM y cómo pedir un cambio.

- Obtener nuestro apoyo para tomar decisiones sobre cuidado médico con sus proveedores de cuidado médico.
- Preguntar sobre todas las opciones de tratamiento relacionadas con DM (opciones de formas de mejorar) mencionadas en las guías clínicas (incluso si un tratamiento no es parte de su plan médico) y hablar acerca de las opciones con los proveedores de cuidado médico.
- Que los datos personales y la información médica se mantengan en privado.
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo nos aseguramos de que su información permanezca, segura, privada y confidencial.
- Recibir tratamiento cortés y respetuoso de parte de nuestro personal.
- Recibir información que sea clara y fácil de entender.
- Presentar quejas a Empire llamando a la línea gratuita 888-830-4300 (TTY 711) de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local, de lunes a viernes y:
 - Recibir ayuda sobre cómo usar el proceso de quejas.
 - Saber cuánto tiempo tiene Empire para responder y resolver problemas de calidad y quejas.
 - Darnos comentarios acerca del programa de Manejo de enfermedades.

Usted también tiene la obligación de:

- Seguir el plan de salud acordado por usted y su administrador de casos de DM.
- Brindarnos la información que necesitamos para llevar a cabo nuestros servicios.
- Decirnos a nosotros y a sus proveedores de cuidado médico si elige excluirse (abandonar el programa).

Manejo de enfermedades no mercadea productos o servicios de compañías externas a nuestros miembros. El programa de DM no posee o se beneficia de compañías externas sobre los bienes y servicios que ofrecemos.

SECCIÓN XVI: CUIDADO DE VISIÓN

Consulte la sección de la **Tabla de beneficios** de este contrato para ver los límites de días o visitas, y cualquier requisito de preautorización o referencia que aplican a estos beneficios.

A. Cuidado de visión

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

B. Exámenes de visión

Cubrimos exámenes de visión 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 visión una vez en cualquier periodo de 12 meses, a menos que sea necesario realizar exámenes con más frecuencia por ser médicamente necesarios según lo demuestre la documentación correspondiente. El examen de visión puede incluir, entre otros:

- 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 médicamente necesario para usted tener nuevos lentes o lentes de contacto con más frecuencia, tal como lo demuestra la documentación apropiada. Los lentes recetados pueden ser de vidrio o plástico. Si elige lentes no estándar, pagaremos el monto que habríamos pagado por lentes estándar y usted deberá pagar la diferencia de costo entre los lentes estándar y los lentes no estándar. La diferencia en costo no aplica hacia su límite de gastos de bolsillo.

También cubrimos los marcos estándares adecuados para mantener los lentes una vez en cualquier periodo de 12 meses, a menos que sea médicamente necesario 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 su límite de gastos de bolsillo.

D. Cómo acceder a los servicios de la visión

Si necesita encontrar un proveedor participante o cambiar su proveedor, llame a Superior Vision al 800-879-6901, de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m. hora del Este, o llámenos al 800-300-8181 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 9 a.m. a 5 p.m. hora del Este.

SECCIÓN XVII: CUIDADO DENTAL

Consulte la sección de la **Tabla de beneficios** de este contrato para ver los límites de días o visitas, y cualquier requisito de preautorización o referencia que aplican 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 preautorización.

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 aleta de mordida en intervalos de seis a 12 meses y otras radiografías si son médicamente necesarias (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 requerida.

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:

- Dentaduras postizas removibles completas o parciales, incluyendo seis meses de cuidado de seguimiento
- Servicios adicionales incluyendo inserción de tiquetes de identificación, reparaciones, revestimientos y amalgamas y tratamiento de paladar hendido

No cubrimos implantes o servicios relacionados con implantes.

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 extraíble, según lo demostrado por documentación médica.

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 craneofaciales); anquilosis de la unión temporomandibular; y otras displasias esqueléticas significativas.

Los procedimientos incluyen, entre otros:

- 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 ortodónticos son colocados para el tratamiento activo y ajustados periódicamente).
- Terapia de aparatos removibles.
- Retención de ortodoncia (remoción de aparatos, construcción y colocación de retenedores).

I. Cómo acceder a servicios dentales

Si necesita encontrar un dentista o cambiar su dentista, llame a LIBERTY Dental Plan al 833-276-0847, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este, o llámenos al 800-300-8181 (TTY 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 9 a.m. a 5 p.m. hora del Este.

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. Atención para convalecientes y de custodia

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

C. Terapia de conversión

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

D. 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 médicamente necesaria. Si una reclamación se presenta retrospectivamente y sin información médica para un procedimiento listado en el 11 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.

E. 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.

F. Servicios dentales

No cubrimos servicios de ortodoncia excepto tal como está establecido específicamente en la sección de **Cuidado dental** de este contrato.

G. Tratamiento experimental o de investigación

No cubrimos ningún servicio, procedimiento o tratamiento de cuidado médico, dispositivo o medicamento recetado que sea experimental o esté en etapa de investigación. 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.

H. Participación en un delito

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).

I. Cuidado de los pies

No cubrimos atención de rutina de los pies en relación con callosidades, callos, pies planos, arcos caídos, pies débiles, esguinces crónicos o quejas sintomáticas de los pies. Sin embargo, cubriremos el cuidado de los pies 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.

J. Institución 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.

K. Medicamento necesario

En general, no cubrimos ningún servicio médico, procedimiento, tratamiento, análisis, dispositivo ni medicamento recetado que no consideremos medicamento necesario. 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.

L. Programa de 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).

M. Servicio militar

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

N. 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 una reclamación apropiada u oportuna por los beneficios disponibles para usted bajo una política obligatoria de no responsabilidad.

O. Servicios no listados

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

P. Servicios prestados por un miembro de la familia

No cubrimos los servicios prestados por un miembro de la familia directa de la persona cubierta. El término “miembro de la familia directa” hace referencia a un hijo o hija, hijastro o hijastra, cónyuge, padre o madre, padrastro o madrastra, hermano o hermana, hermanastro o hermanastra, suegro o suegra, yerno o nuera, cuñado o cuñada, abuelo o abuela, cónyuge de abuelo o abuela, nieto o nieta, o cónyuge de nieto o nieta.

Q. Servicios facturados por separado por los empleados del hospital

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

R. Servicios sin cargo

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

S. Guerra

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

T. Compensación para trabajadores

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

SECCIÓN XIX: DETERMINACIONES DE RECLAMACIONES

A. Reclamaciones

Una reclamación 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 reclamación ante nosotros. Si el proveedor no está dispuesto a presentar el formulario de reclamación, usted deberá presentarlo ante nosotros.

B. Aviso de reclamación

Las reclamaciones por servicios deben incluir toda la información designada por nosotros como necesaria para procesar la reclamación, incluyendo, entre otras: 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. Una reclamación que no contenga toda la información necesaria no será aceptada y debe ser enviada nuevamente con toda la información necesaria. Tenemos los formularios de reclamación disponibles llamando al 800-300-8181 (TTY 711) o visitando nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan. Los formularios de reclamación completados deberán ser enviados a la dirección que figura en su tarjeta de identificación.

C. Periodo de tiempo para presentar reclamaciones

Las reclamaciones por servicios deben ser enviadas para ser pagadas 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 una reclamación dentro de un periodo de 120 días, debe enviarla tan pronto sea razonablemente posible.

D. Reclamaciones por preautorizaciones prohibidas

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

E. Determinaciones de reclamaciones

Nuestro procedimiento para la determinación de reclamaciones aplica a todas las reclamaciones que no estén relacionadas con una necesidad médica o determinación experimental o investigativa. Por ejemplo, nuestro procedimiento para la determinación de reclamaciones aplica a las denegaciones y preautorizaciones del beneficio contractual. Si usted no está de acuerdo con nuestra determinación de la reclamación, puede presentar una queja conforme a lo dispuesto en la sección de **Procedimientos de reclamos** 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 reclamación previas al servicio

1. Una reclamación previa al servicio es una solicitud para pedir la aprobación de un servicio o tratamiento antes de ser recibido. Si tenemos toda la información necesaria para hacer una determinación con respecto a una reclamación de servicio previo (ejemplo: una determinación o preautorización 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 la reclamación.

Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 15 días después de recibir la reclamación. 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.

2. Revisiones urgentes de servicio previo. Con respecto a las solicitudes urgentes previas a los servicios, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, la tomaremos y se lo comunicaremos por teléfono a Usted (o a la persona que designe), dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de 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 reclamación después del servicio

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

H. Pago de reclamaciones

Donde nuestra obligación de pagar una reclamación sea razonablemente clara, pagaremos la reclamación en un periodo de 30 días de recibirla, cuando es enviada a través de la Internet o por correo electrónico y 45 días de recibir la reclamación cuando es enviada a través de otros medios, incluyendo impreso o por fax. Si solicitamos información adicional, pagaremos la reclamación en un plazo de 15 días a partir de nuestra determinación de pago, pero antes de 30 días (en el caso de las reclamaciones enviadas por Internet o correo electrónico) o de 45 días en el caso de las reclamaciones enviadas por otro medio, como correo postal o fax después de recibir la información.

SECCIÓN XX: PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS

A. Reclamos

Nuestro procedimiento de reclamos 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. Cómo presentar un reclamo

Puede contactarnos por teléfono al 800-300-8181 (TTY 711) (el número que figura en su tarjeta de identificación) o por escrito para presentar un reclamo. Debe usar nuestro formulario de reclamo para reclamos por escrito. Puede presentar un reclamo verbal relacionado con una denegación de una referencia o una determinación de beneficio cubierto. Podemos requerir que firme una aceptación escrita de su reclamo verbal, 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 el reclamo.

Cuando recibamos su reclamo, le enviaremos por correo una carta de confirmación en un plazo de 15 días hábiles. La carta de acuse de recibo incluirá el nombre, dirección, y número de teléfono de la persona que está manejando su reclamo, 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 los reclamos estándares como para los acelerados, dependiendo de la naturaleza de su consulta.

Puede pedirnos que le enviemos una notificación electrónica de la determinación sobre el reclamo o apelación de un reclamo en lugar del aviso por escrito o por teléfono. Si desea recibir notificaciones electrónicas, debe avisarnos con anticipación. Para solicitar notificaciones electrónicas, llame al 800-300-8181 (TTY 711) (el número que figura en su tarjeta de identificación) o visite nuestro sitio web en empireblue.com/nyessentialplan. Puede cancelar las notificaciones electrónicas en cualquier momento.

C. Determinación del reclamo

Su reclamo será revisado por personal calificado o, si se trata de un asunto clínico, será revisado por un profesional médico autorizado, certificado o registrado. Decidiremos sobre el reclamo y le notificaremos dentro los siguientes periodos de tiempo:

<u>Reclamos acelerados/urgentes:</u>	Por teléfono, en un plazo antes de 48 horas de recibir toda la información necesaria o 72 horas después de recibir su reclamo. En un plazo de 72 horas de recibir su reclamo se le proporcionará una notificación escrita.
<u>Reclamos previos al servicio:</u> (Una solicitud para un servicio o tratamiento que todavía no se ha proporcionado).	Por escrito, en un plazo de 15 días calendario de recibir su reclamo.

<u>Reclamos posteriores al servicio:</u> (Una reclamación para un servicio o tratamiento que ya ha sido proporcionado).	Por escrito, en un plazo de 30 días calendario de recibir su reclamo.
<u>Todos los otros reclamos:</u> (Que no están relacionadas con una reclamación o una solicitud para un servicio o tratamiento).	Por escrito, en un plazo de 30 días calendario de recibir su reclamo, pero a más tardar en 45 días calendario de recibir toda la información necesaria.

D. Asistencia

Si sigue descontento con nuestra determinación del reclamo, o en cualquier otro momento que usted esté descontento, puede:

Llamar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 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
Sitio web: health.ny.gov

Llamar al Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York al 800-342-3736 o escribirles en:

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

Si necesita asistencia para presentar un reclamo, también puede comunicarse con el Programa independiente estatal de asistencia al consumidor en:

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

SECCIÓN XXI: REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

A. Revisión de utilización

Revisamos los servicios de salud para establecer si los servicios son o fueron médicamente necesarios o experimentales o investigativos (médicamente necesarios). 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 (preautorización); 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 800-300-8181 (TTY 711). El número de teléfono de la línea gratuita está disponible al menos 40 horas por semana con una máquina contestadora después de horas hábiles.

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

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

B. Revisiones de preautorizaciones

1. Revisiones de preautorizaciones no urgentes

Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a la revisión de una preautorización, 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 (3) días hábiles después de recibir la solicitud.

Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro de tres (3) días hábiles. 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 hábiles después de haber recibido la información. Si no recibimos toda la información necesaria en el plazo de 45 días, tomaremos una determinación en el término de 15 días calendario de la recepción de parte de la información solicitada o cuando finalice el periodo de 45 días, lo que ocurra primero.

2. Revisiones de preautorizaciones urgentes. Con respecto a las solicitudes de preautorizaciones urgentes, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, 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 hábiles 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 hábiles antes de que recibamos la información o tres días calendario después de la notificación verbal.

3. Tratamiento ordenado por el tribunal. Vigente 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 Superintendente de Servicios Financieros, 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 hábiles después de que recibamos la solicitud. Donde sea factible, la notificación telefónica y escrita también puede ser enviada al tribunal.

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

5. Centros de estabilización de crisis. La cobertura de los servicios prestados en centros de estabilización de crisis participantes certificados en virtud de la sección 36.01 de la Ley de Salud Mental de New York no está sujeta a preautorización. Podemos revisar el tratamiento dado en los centros de estabilización de crisis de forma retrospectiva a fin de determinar si es médicamente necesario y utilizaremos las herramientas de revisión clínica designadas por la OASAS o aprobadas por la OMH. Si algún tratamiento en un centro de estabilización de crisis participante es denegado como no médicamente necesaria, usted solo es responsable por cualquier costo compartido que de otra forma se aplicaría a su tratamiento.

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 hábil después de recibir toda la información necesaria. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de un día hábil. Entonces usted o su proveedor tendrán 45 días calendarios para enviar la información.

Tomaremos una determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe), por teléfono o por escrito, en el plazo de un (1) día hábil a partir del momento en que recibamos la información o, si no recibimos la información, en el plazo de 15 días calendario de la recepción de parte de la información solicitada o 15 días calendario de la finalización del periodo de 45 días, lo que ocurra primero.

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 (1) día hábil 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 hábil 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 un día hábil 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 médico en el hogar

Después de recibir una solicitud para una cobertura de servicios de cuidado médico en el hogar después de una admisión en hospital para pacientes internados, 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 hábil 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 en hospital para pacientes internados, no denegaremos la cobertura para dichos servicios mientras esté pendiente nuestra decisión sobre la solicitud.

4. Revisiones de tratamiento para paciente hospitalizado para el trastorno por el uso de sustancias

Si recibimos una solicitud de tratamiento para paciente hospitalizado 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 para paciente hospitalizado para trastorno por el uso de sustancias mientras nuestra determinación esté pendiente.

5. Tratamiento de trastorno por el uso de sustancias para paciente hospitalizado en centros participantes certificados por la OASAS

La cobertura para tratamiento de trastorno por el uso de sustancias para paciente hospitalizado en un centro participante certificado por la OASAS no está sujeta a preautorización. La cobertura no estará sujeta a la revisión simultánea durante los primeros 28 días de la admisión como paciente hospitalizado si el centro certificado por la OASAS nos comunica tanto la admisión como el plan de tratamiento inicial en el término de dos días hábiles a partir de la fecha de admisión. Después de los primeros 28 días de admisión como paciente hospitalizado, podemos revisar toda la hospitalización para determinar si es médicamente necesaria. Si alguna parte de la hospitalización es denegada como no médicamente necesaria, usted solo es responsable por el costo compartido dentro de la red que de otra forma se aplicaría a su admisión como paciente hospitalizado.

6. Tratamiento de trastorno por el uso de sustancias para paciente ambulatorio en centros participantes certificados por la OASAS

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

D. Revisiones retrospectivas

Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a una reclamación retrospectiva, 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 preautorización

Solo podemos revertir un tratamiento, servicio o procedimiento con preautorización 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 preautorización.
- La información médica relevante que recibimos para la revisión retrospectiva existía en el momento de la preautorización, 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 preautorización.
- 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 preautorización.

F. Determinaciones de anulación de terapia escalonada

Usted, la persona que usted designe o su profesional de cuidado médico pueden solicitar una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada para la cobertura de un medicamento recetado seleccionado por su profesional médico. Al realizar 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 el fundamento y documentación de respaldo de un profesional médico, para demostrar lo siguiente:

- 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 médico 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 acontecimiento adverso.
- Usted está estable con un medicamento recetado que seleccionó el profesional médico para su condición médica, siempre que esto no impida que le pidamos que pruebe un equivalente genérico con una calificación de AB.
- 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. Tomaremos una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada y se lo notificaremos a usted (o a la persona que usted designe) y, si corresponde, a su profesional médico, en un plazo de 72 horas de recibir el fundamento y la documentación de respaldo.

3. Revisión acelerada. Si tiene una condición médica que pone su salud en grave riesgo sin el medicamento recetado por su profesional médico, tomaremos una determinación de anulación

del protocolo de terapia escalonada en un plazo de 24 horas de recibir el fundamento y la documentación de respaldo.

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 preautorización o retrospectivas, lo menor de 72 horas o un día hábil para revisiones concurrentes y 24 horas para revisiones aceleradas. Usted o su profesional médico tendrán 45 días calendario para presentar la información para la revisión de la preautorización y las revisiones concurrentes y retrospectivas, y 48 horas para las revisiones aceleradas. Para revisiones de preautorización, haremos una determinación y le daremos notificación a usted (o a su designado) y a su profesional médico 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 médico en un plazo de lo anterior de 72 horas o un día hábil 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 médico 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 médico 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 se debe anular, autorizaremos una cobertura inmediata para el medicamento recetado por su profesional médico que lo trata. 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 preautorizaciones y concurrentes, la reconsideración tendrá lugar en un plazo de un (1) día hábil 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 de teléfono 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 colega clínico que no es subordinado del revisor clínico colega que hizo la determinación adversa inicial y que es (1) un médico o (2) un profesional médico 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 preautorización para un servicio de salud fuera de la red cuando determinemos que dicho servicio no es materialmente diferente de un servicio de salud dentro de 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 por escrito 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 alterno disponible de un proveedor participante que nosotros aprobemos para tratar su condición; y
 - Dos (2) documentos de la evidencia médica y científica disponible que indiquen que el servicio fuera de la red: 1) puede ser más beneficioso desde el punto de vista clínico para usted que el servicio de la red alternativo y 2) que el riesgo adverso del servicio fuera de la red no podría aumentar considerablemente en comparación con el servicio de salud dentro de la red.

- 2. Referencia fuera de la red; denegación de autorización.** También tiene derecho a apelar la denegación de una solicitud de una referencia, una autorización para un proveedor no participante si determinamos que contamos con un proveedor participante con la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades médicas particulares que pueda proporcionar el servicio médico solicitado. Para una apelación de revisión de utilización de una referencia fuera de la red; denegación de autorización, usted o a quien usted designe debe enviar una declaración por escrito 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:
 - Conste que el proveedor participante recomendado por nosotros no cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades médicas particulares para prestar el servicio; y
 - Se recomiende a un proveedor no participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades médicas particulares, que pueda prestar los servicios médicos solicitados.

I. Apelación estándar.

- 1. Apelación de preautorización.** Si su apelación tiene relación con una solicitud de preautorización, 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 hábiles 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 una reclamación retrospectiva, tomaremos una decisión sobre la apelación en un plazo de 30 días calendario de recibir la información necesaria para llevar a cabo la apelación o 60 días de recibir la apelación, lo que suceda antes. 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 hábiles 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 médicos continuados o extendidos, servicios adicionales prestados durante un tratamiento continuo, servicios de cuidado médico en el hogar después del alta de una admisión en un hospital para pacientes hospitalizados, servicios en los que un proveedor solicita una revisión inmediata, servicios para trastornos de salud mental y/o por abuso de sustancias que pueden estar sujetos a una orden judicial o cualquier otro asunto urgente, se manejará de forma acelerada. Una apelación acelerada no está disponible para revisiones retrospectivas. Para una apelación acelerada, su proveedor tendrá acceso razonable al revisor colega clínico asignado a la apelación en un plazo de un día hábil después de recibir la solicitud para una apelación. Su proveedor y un revisor colega clínico 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 hábiles 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 hábiles 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 para paciente internado para trastorno por el uso de sustancias que fue enviada por lo menos 24 horas antes de ser dado de alta de una admisión como paciente hospitalizado, 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 para paciente hospitalizado para trastorno por el uso de sustancias mientras esté pendiente una determinación sobre la apelación interna y externa.

J. Revisión completa e imparcial de una apelación.

Le proporcionaremos, sin cargo, toda evidencia nueva o adicional que tengamos en cuenta, en la que nos basemos o que generemos, o todo fundamento nuevo o adicional que se relacione con su

apelación. Las evidencias o el fundamento se proporcionarán tan pronto como sea posible y con la antelación suficiente a la fecha en la que se le debe enviar el aviso de determinación adversa final a fin de otorgarle una oportunidad razonable para que pueda responder antes de esa fecha.

K. Asistencia para presentar apelaciones.

Si necesita asistencia para presentar una apelación, puede ponerse en contacto con el Programa de Asistencia al Consumidor independiente del estado en la siguiente dirección:

Community Health Advocates

633 Third Ave., 10th Floor

New York, NY 10017

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

Correo electrónico: cha@cssny.org

Sitio web: 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 médicamente necesario (incluyendo adecuación, entorno de cuidado médico, nivel de cuidado o eficacia 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, o es un servicio de emergencia o una factura sorpresa (incluyendo si se aplicó el costo compartido correcto), usted o su representante pueden apelar esa decisión ante un agente de apelación externo, un tercero independiente certificado 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 eximir la apelación interna. No se nos requiere aceptar su solicitud para renunciar a la apelación interna.
 - Presenta una apelación externa al mismo tiempo que solicita una apelación interna acelerada.
 - No nos adherimos a los requisitos de procesamiento de reclamaciones 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 médicamente necesario

Si hemos denegado una cobertura con base en que el servicio no es médicamente necesario, 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 la Red de Investigación Clínica de Enfermedades Raras de los Institutos Nacionales de Salud 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 tratante.

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 dentro de 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 preautorización 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 de salud alternativo recomendado dentro de la red y que, según dos documentos de la evidencia científica y médica disponible, es posible que sea más beneficioso desde el punto de vista clínico que el tratamiento alternativo dentro de la red y que es posible que el riesgo adverso del servicio de salud solicitado no sea sustancialmente mayor que el del servicio de salud alternativo dentro de la red.

El médico 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.

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

Si hemos denegado la cobertura de una solicitud 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 médico quien puede ofrecer el servicio solicitado de cuidado médico, 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 cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades médicas particulares y debe recomendar un proveedor no participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer tales necesidades que pueda prestar el servicio solicitado.

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

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

Si hemos denegado su solicitud 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 médico 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 más 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 por escrito para una apelación externa. Su proveedor 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 reclamaciones, tiene cuatro meses desde dicha incapacidad para presentar una solicitud por escrito 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 externa del Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York al 800-400-8882. Envíe la solicitud completada al Departamento de Servicios Financieros 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 hábiles 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 hábiles adicionales para tomar su decisión. El agente de apelación externa debe notificar a usted por escrito su decisión en un plazo de dos días hábiles.

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 apelaciones externas debe tomar una decisión sobre su apelación externa y comunicársela por teléfono a usted o a la persona que usted designe y al profesional médico que emite las recetas, dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud completa. El agente de apelaciones externas se comunicará por escrito con usted o con la persona que usted designe y con el profesional médico que emite las recetas, dentro de los dos días hábiles de tomar una determinación. Si el agente de apelación externa revoca nuestra denegación, nosotros cubriremos el medicamento recetado mientras usted esté tomando dicho medicamento, incluyendo cualquier reposición.

Si su solicitud interna de excepción al formulario recibió una revisión acelerada a través de nuestro proceso de excepción al formulario, el agente de apelaciones externas debe tomar una decisión sobre su apelación externa y comunicársela por teléfono a usted o a la persona que usted designe y al profesional médico que emite las recetas, dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud completa. El agente de apelaciones externas se comunicará por escrito con usted o con la persona que usted designe y con el profesional médico que emite las recetas, dentro de los dos días hábiles de tomar una determinación. 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 médicamente necesario 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 médico, 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. Puede iniciar el proceso presentando una solicitud completa ante el Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York. Usted puede nombrar un representante para ayudarlo con su solicitud; sin embargo, el Departamento de Servicios Financieros 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 reclamaciones. No tenemos autoridad para extender este plazo.

SECCIÓN XXIII: FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

A. Finalización automática de este contrato

1. A su muerte
2. Cuando cumpla 65 años, su cobertura terminará al final del mes en el que cumpla 65 o pase a ser elegible para Medicare, lo que ocurra primero
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 estatus de inmigración 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 Mercado de Salud del NY State of Health
7. Cuando se haya inscrito en un seguro de salud a bajo precio patrocinado por el empleador

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. Fraude o tergiversación intencional de hechos sustanciales

Si usted ha realizado un acto que constituya un fraude o ha hecho una tergiversación intencional de un hecho sustancial 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 tergiversación intencional de un hecho sustancial 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

2. Si ya no vive o reside en nuestra área de servicio
3. 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 reclamaciones o el estado de salud relacionado de este contrato. Le ofreceremos por lo menos 90 días de notificación previa por escrito.
4. 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 el restablecimiento 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

Debe enviarnos una solicitud por escrito para suspender su cobertura durante un periodo de servicio activo.

Cuando finalice el servicio activo, se puede reanudar su cobertura siempre y cuando nos presente una solicitud por escrito.

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: CLÁUSULAS 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

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

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

3. Cambios en este contrato

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. Errores administrativos

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, cláusulas adicionales y las solicitudes adjuntas, de haber alguna, constituye el contrato completo.

9. Fraude y facturación abusiva

Tenemos procesos para revisar reclamaciones 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.

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 una reclamación.

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 ninguna reclamación 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 políticas

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas que den mejor servicio a nuestros miembros. Si tiene ideas, háganos saber sobre ellas. Usted puede participar en el desarrollo de nuestras pólizas llamando a Servicios para Miembros al 800-300-8181 (TTY 711).

15. Accesibilidad del material

Le daremos tarjetas de identificación, contratos, cláusulas adicionales 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 las quejas 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 guías 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. Aviso

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. Recuperación de sobrepagos

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 sobrepago en un plazo de 60 días después de recibir nuestra notificación. Sin embargo, nosotros no iniciaremos esfuerzos de recuperación de sobrepagos 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.

19. Fecha de renovación

La fecha de renovación para este contrato es 12 meses después de la fecha de entrada en vigencia 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. Si tiene alguna pregunta sobre la renovación del contrato, el miembro debe consultar en el Departamento de Retención al 888-809-8009 (TTY 711).

20. Derecho a desarrollar guías y normas 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 de pacientes hospitalizados era médicamente necesario; la cirugía era médicamente necesaria 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 normas 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 la nueva tecnología de acuerdo con los criterios de evaluación tecnológica desarrollados por nuestros directores médicos y revisados por un comité designado, que está formado por profesionales médicos 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 médicamente necesario, experimental o investigativo, o está incluido como un beneficio cubierto. Nuestro director médico y los médicos de nuestros planes revisan nuevos avances médicos o cambios a la tecnología en:

- Salud conductual.
- Dispositivos.
- Tratamiento médico.
- Medicamentos recetados.

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

- Son considerados seguros y efectivos por el gobierno.
- Dan resultados iguales o mejores que el tratamiento o la terapia que existe ahora

21. Derecho de compensación

Si nosotros hacemos el pago de una reclamación 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 otras reclamaciones recibidas, nosotros tenemos derecho a restar cualquier monto que usted nos adeude de cualquier pago que nosotros le adeudem.

22. Marcas de servicio

Servicios proporcionados por HealthPlus HP, LLC, licenciataria de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

23. Divisibilidad

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

24. 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 complejo, epidemias, la destrucción completa o parcial de instalaciones, disturbios, insurrección civil, discapacidad 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.

25. 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 permita la ley estatal vigente, a menos que prevalezca la ley federal, es posible que estemos subrogados a todos los derechos de recuperación ante cualquier parte mencionada (incluyendo su propio asegurador) respecto de los beneficios que le brindamos según este contrato. Subrogación significa que tenemos derecho, independientemente de usted, a proceder directamente contra la otra parte para recuperar los beneficios que 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. Según la Sección 5-335 de la Ley de Obligaciones Generales de Nueva York, nuestro derecho a una recuperación no se ejerce cuando se ha llegado a un acuerdo entre la parte demandante y el demandado, a menos que exista un derecho reglamentario 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 una compensación por el costo de los servicios médicos para los cuales brindamos 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 compañía de seguro o un abogado, de su intención de buscar o investigar una reclamación 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, entre otros, completar y enviar cualquier solicitud u otro formulario o declaración como nosotros podamos razonablemente solicitar.

26. 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 cláusulas 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.

27. 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 una reclamación 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 la reclamación sea presentada.

28. Servicios de traducción

Conforme a este contrato, se encuentran disponibles sin cargo servicios de traducción para los suscriptores que no hablen inglés. Póngase en contacto con nosotros al 800-300-8181 (TTY 711) para acceder a estos servicios.

29. 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.

30. Desistimiento

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

31. 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.

32. 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 cede

beneficios de una factura sorpresa a un proveedor no participante, le pagaremos directamente al proveedor no participante. Consulte la sección de **Cómo funciona su cobertura** de este contrato para obtener más información sobre facturas sorpresa.

33. La compensación para 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 para trabajadores o la ley.

34. 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 reclamaciones, revisión de reclamaciones, apelaciones o quejas 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 reclamación, o en relación con una queja o revisión de calidad del cuidado médico
- 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 reclamación.
- 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 Departamento de Salud del Estado de New York 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 800-300-8181 (TTY 711).

35. Sus derechos y obligaciones

Como miembro, tiene derechos y obligaciones cuando recibe cuidado médico. Como su socio de cuidado médico, deseamos asegurar que se respeten sus derechos cuando se le proporcionan beneficios de salud. 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.

Tiene derecho a formular directivas anticipadas con respecto a su cuidado.

Tiene derecho a acceder a nuestros proveedores participantes.

También tiene derecho a:

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

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

- Entienda sus problemas de salud lo mejor posible y trabaje con sus proveedores para crear un plan de tratamiento con el que usted esté de acuerdo;
- Siga el plan de tratamiento que ha acordado con sus médicos o proveedores;
- Entréguenos o entregue a sus médicos y otros proveedores la información necesaria para ayudarlo a recibir la atención que necesita y todos los beneficios a los que tiene derecho conforme a este contrato. Esto podría incluir la información acerca de otros beneficios del seguro de salud que usted tenga, además de la cobertura que le proporcionamos; e
- Infórmenos si hay cambios en su nombre, dirección o dependientes cubiertos por este contrato.
- Proporcione a su médico la información correcta sobre su salud.
- Haga preguntas para que pueda entender sus condiciones médicas y/u opciones de tratamiento.
- Hable con su médico sobre el tratamiento y siga las instrucciones de atención.

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

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN CON RESPECTO A SUS BENEFICIOS DE SALUD. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

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

Lea este aviso detenidamente. Este le informa quién puede ver su información de salud 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 esta clase de información, llamada PHI, segura 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 Programa de Seguro de Salud para Niños después de que es encontrado elegible y se inscribe en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos autorizar y pagar su cuidado médico.

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 de salud de modo que otros no puedan tener acceso a ella
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
 - Utilizamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a ella
 - Utilizamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas
- Utilizada o compartida por personas que trabajan para nosotros, médicos o el estado, nosotros:
 - Creamos normas para mantener segura la información (llamadas políticas y procedimientos)
 - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las normas

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

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted elija que ayude o pague por su cuidado médico, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos utilizarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su cuidado médico**
 - Para ayudar a los médicos, hospitales y otros a brindarle el cuidado que usted necesita

- **Para pago, operaciones médicas y tratamiento**
 - Para compartir información con los médicos, clínicas y otros que nos facturan por su cuidado
 - Cuando decimos que pagaremos por su cuidado médico 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 médicas y tratamiento. Si no quiere esto, visite empireblue.com/nyessentialplan para más información.
- **Para razones comerciales de cuidado de salud**
 - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Para razones de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otras personas que ayudan o pagan por su cuidado**
 - Con su familia o una persona elegida por usted que le ayuda o paga por su cuidado médico, si usted nos dice que está bien
 - Con alguien que le ayuda o paga por su cuidado médico, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su autorización por escrito antes de que utilicemos o compartamos su PHI para todo, salvo su cuidado, pago, actividades diarias, investigación u otras cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su autorización por escrito antes de que compartamos informes de psicoterapia de su médico sobre usted.

Podría informarnos por escrito que desea retirar su autorización escrita. No podemos retirar lo que hemos utilizado o compartido cuando tuvimos su autorización. Pero detendremos la utilización o distribución de su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos, o la ley dice que tenemos que, utilizar su PHI:

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan con las leyes
- Para denunciar abuso y abandono
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pide hacerlo
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a agencias de supervisión de la salud para cosas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerales a averiguar su nombre y causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para mantenerlo a usted y otros saludables o evitar que se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Para dar información a compensación para 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, no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su médico o 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 una dirección diferente a la 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 todas las veces 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 médico, pago, actividades diarias de cuidado médico o algunos otros motivos que no enumeramos aquí.
- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si la pidió por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su médico 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 este aviso.
- Debemos decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- 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.

Cómo lo contactaremos

Nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podríamos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática y/o una voz artificial. Lo hacemos únicamente conforme a la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. O podría llamar al 844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de “no llamar”.

¿Qué pasa si tiene preguntas?

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

¿Qué pasa si tiene una queja?

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no ha sido mantenida segura, podría llamar a Servicios para Miembros o contactar al Departamento de Salud y Servicios Humanos. No pasará nada malo si usted se queja.

Escriba o llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos:

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

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos acerca de los cambios en un boletín. También las publicamos en la web en empireblue.com/nyessentialplan.

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 Programa de Seguro de Salud para Niños. Protegemos esta información según lo descrito en este aviso.

Utilizamos esta información para:

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

No utilizamos esta información para:

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

Su información personal

Podríamos pedirle, utilizar y compartir información personal (PI) tal como lo conversamos en este aviso. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por razones del seguro.

- Podríamos utilizar su PI para tomar decisiones sobre su:
 - Salud
 - Hábitos
 - Pasatiempos

- Podríamos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
 - Médicos
 - Hospitales
 - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podríamos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra compañía sin su autorización.
- Le informaremos antes de hacer cualquier cosa, en donde tengamos que darle la oportunidad para que se niegue.
- Le diremos cómo informarnos si no quiere que utilicemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

empireblue.com/nyessentialplan

Servicios proporcionados por HealthPlus HP, LLC, licenciataria de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Revisado el 20 de noviembre de 2017

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Empire proporciona lo siguiente:

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

Si necesita estos servicios, llame a **Empire** al 800-300-8181. Para servicios de TTY/TDD, llame al 711.

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

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

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

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

Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Hay disponibles formularios de queja en
<http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
Teléfono: 800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

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

SECCIÓN XXVI: TABLA DE BENEFICIOS DE EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS

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

Los servicios de proveedor no participante no están cubiertos para ningún servicio distinto a aquellos relacionados con atención de emergencia y usted paga el costo total 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 de gastos de bolsillo <ul style="list-style-type: none"> Individual <p>Los deducibles, el coseguro y los copagos que componen su límite de gastos de bolsillo se acumulan con base en un año del plan.</p>	\$2,000
VISITAS AL CONSULTORIO	
Visitas al consultorio de atención primaria (o visitas a domicilio)	\$15 en el consultorio por Telesalud
Visitas al consultorio del especialista (o visitas a domicilio) Preautorización; Se requiere referencia	\$25 en el consultorio por Telesalud Preautorización; Se requiere referencia
CUIDADO PREVENTIVO	
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes físicos anuales para adultos* Vacunaciones para adultos* Servicios ginecológicos de rutina/ exámenes de mujer sana* Mamografías, examen y diagnóstico por imágenes para la detección de cáncer de mama* Procedimientos de esterilización para mujeres* 	Cubiertos en su totalidad Cubiertos en su totalidad Cubiertos en su totalidad Cubiertos en su totalidad Cubiertos en su totalidad

Centro de atención de urgencia	\$25 en el Consultorio por Telesalud Se requiere preautorización para atención de urgencia 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 	\$25
<ul style="list-style-type: none"> Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios 	\$25 Se requiere preautorización
Pruebas y tratamiento para alergias	
<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 Preautorización; Se requiere referencia
Cargo del centro en un centro quirúrgico ambulatorio	\$50
Servicios de anestesia (todos los entornos)	Cubiertos en su totalidad
Rehabilitación cardíaca y pulmonar	
<ul style="list-style-type: none"> Realizada en el consultorio de un especialista 	\$25
<ul style="list-style-type: none"> Realizada como servicios hospitalarios ambulatorios 	\$25
<ul style="list-style-type: none"> Realizada como servicios hospitalarios para pacientes internados 	Incluidos como parte del costo compartido de servicios hospitalarios para pacientes internados Preautorización; Se requiere referencia

<p>Quimioterapia e inmunoterapia</p> <p>Administración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizada en el consultorio de un PCP • Realizada en el consultorio de un especialista • Realizada como servicios hospitalarios ambulatorios • Realizada en casa <p>Medicamentos para quimioterapia e inmunoterapia</p>	<p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>Preautorización; Se requiere referencia</p>
Servicios de quiropráctica	<p>\$25</p> <p>Se requiere preautorización después de las primeras cinco visitas</p>
Ensayos clínicos	<p>Use el costo compartido para el servicio apropiado</p> <p>Se requiere preautorización</p>
<p>Exámenes de diagnóstico</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>\$25</p> <p>\$25</p> <p>Preautorización; Se requiere referencia</p>
<p>Diálisis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizada en el consultorio de un PCP • Realizada en un centro o entorno de consultorio de especialista independiente • Realizada como servicios hospitalarios ambulatorios 	<p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p>

<ul style="list-style-type: none"> Realizada en casa Las diálisis realizadas por proveedores no participantes se limitan a 10 visitas por año calendario. Consulte la descripción de los beneficios para obtener más información. 	<p>\$15</p> <p>Se requiere preautorización</p>
Servicios de habilitación (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)	<p>\$15</p> <p>60 visitas por condición, terapias combinadas por año del plan</p> <p>Se requiere preautorización</p>
Cuidado médico en el hogar	\$15
40 visitas por año del plan	Se requiere preautorización
Servicios de infertilidad	<p>Use el costo compartido para el servicio apropiado (visita al consultorio, servicios de radiología de diagnóstico, cirugía, laboratorio y procedimientos de diagnóstico)</p> <p>Preautorización; Se requiere referencia</p>
Terapia de infusión	
Administración	
<ul style="list-style-type: none"> Realizada en el consultorio de un PCP 	\$15
<ul style="list-style-type: none"> Realizada en el consultorio del especialista 	\$15
<ul style="list-style-type: none"> Realizada como servicios hospitalarios ambulatorios 	\$15
<ul style="list-style-type: none"> Terapia de infusión en el hogar 	\$15
Medicamentos para terapia de infusión	\$15
(La terapia de infusión en el hogar se considera para el límite de visitas de cuidado médico en el hogar)	Preautorización; Se requiere referencia
Visitas médicas para paciente hospitalizado	<p>\$0 por admisión</p> <p>Se requiere preautorización</p>

<p>Interrupción del embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abortos médicamente necesarios (ilimitado) • Abortos electivos (uno (1) por año del plan) 	<p>Cubiertos en su totalidad</p> <p>Consulte Costos compartidos de servicios quirúrgicos</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>Preautorización; Se requiere referencia</p>
<p>Atención de maternidad y recién nacidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención prenatal • Servicios de hospital y centro de maternidad para pacientes hospitalizados <p>Una (1) visita de atención a domicilio está cubierta sin costo compartido si la madre recibe el alta del hospital antes de tiempo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico y partera para parto • Apoyo de amamantamiento, consejería y suministros, incluyendo sacaleches <p>Cubierto por la duración de la lactancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado posnatal 	<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> <p>Se requiere preautorización para servicios para paciente internado, sacaleches</p>

Cargo por centro de cirugía hospitalaria ambulatoria	\$50 Preautorización; Se requiere referencia
Análisis de preadmisión	\$0 Preautorización. Se requiere referencia
Medicamentos recetados administrados en el consultorio o en centros ambulatorios	
Administración	
• Realizada en el consultorio de un PCP	\$15
• Realizada en el consultorio de un especialista	\$25
• Realizada en centros ambulatorios	\$25
Costo compartido de medicamentos recetados	\$15 Preautorización; Se requiere referencia
Servicios de radiología de diagnóstico	
• Realizados en el consultorio de un PCP	\$15
• Realizados en el consultorio de un especialista	\$25
• Realizados en un centro de radiología independiente	\$25
• Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios	\$25
	Se requiere preautorización
Servicios de radiología terapéutica	
• Realizados en el consultorio de un especialista	\$15
• Realizados en un centro de radiología independiente	\$15
• Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios	\$15
	Se requiere preautorización

<p>Servicios de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizados en el consultorio de un PCP • Realizados en el consultorio de un especialista • Realizados en centros para pacientes ambulatorios 	<p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>Se requiere preautorización</p> <p>60 visitas por condición, terapias combinadas por año del plan</p> <p>La terapia del habla y la fisioterapia solo están cubiertas después de una hospitalización o cirugía</p>
<p>Atención en clínica en locales comerciales</p>	<p>\$25</p> <p>Se requiere preautorización</p>
<p>Segundas opiniones en el diagnóstico de cáncer, cirugía y otros</p>	<p>\$25</p> <p>Se requiere preautorización</p>
<p>Servicios quirúrgicos (incluyendo cirugía oral, cirugía de reconstrucción de mamas, otras cirugías reconstructivas y correctivas, trasplantes e interrupción del embarazo)</p> <p>Todos los trasplantes deben realizarse en centros de excelencia designados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía hospitalaria para pacientes internados • Cirugía en hospital para pacientes ambulatorios • Cirugía realizada en un centro quirúrgico ambulatorio • Cirugía en el consultorio 	<p>\$50</p> <p>\$50</p> <p>\$50</p> <p>\$15 (cuando es realizada en el consultorio del PCP)</p> <p>\$25 (cuando es realizada en el consultorio del especialista)</p>

	Se requiere preautorización
Programa de telemedicina	\$15 por visita al PCP \$25 por visita a un especialista
SERVICIOS, EQUIPOS y DISPOSITIVOS ADICIONALES	
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 para 90 días) 	\$15
Educación para diabéticos	\$15 Se requiere preautorización
Equipo médico duradero y férulas	5% de costo compartido Se requiere preautorización
Audífonos externos (Compra sencilla uno cada tres años)	5% de costo compartido Se requiere preautorización
Implantes cocleares (Uno por oído de por vida cubierto)	5% de costo compartido Se requiere preautorización
Cuidado para enfermos terminales	
<ul style="list-style-type: none"> Paciente hospitalizado 	\$150
<ul style="list-style-type: none"> Paciente ambulatorio 	\$15
210 días por año del plan	
Cinco visitas para consejería de duelo familiar	Se requiere preautorización
Suministros médicos	5% de coseguro Se requiere preautorización
Dispositivos prostéticos	
<ul style="list-style-type: none"> Externos 	5% de coseguro
Un dispositivo prostético, por miembro, de por vida, con cobertura de reparaciones y reemplazos	
<ul style="list-style-type: none"> Internos 	Incluidos como parte del costo compartido hospitalario para

	pacientes internados Se requiere preautorización
SERVICIOS y CENTROS PARA PACIENTE HOSPITALIZADO	
Hospital para pacientes internados para un confinamiento continuo (incluyendo una estadía en hospitalización para cuidado de mastectomía, rehabilitación cardiaca y pulmonar y cuidado para el fin de la vida) Preautorización; Se requiere referencia Sin embargo, no se requiere preautorización para admisiones de emergencia.	\$150 Se requiere preautorización. Sin embargo, no se requiere preautorización para admisiones de emergencia.
Servicios de banco de sangre autóloga	Coseguro del 5 % Preautorización; Se requiere referencia en entornos ambulatorios
Estadía en observación Copago exento si hay transferencia directa de centro de cirugía ambulatoria a observación	\$75
Centro de enfermería especializada (incluyendo rehabilitación cardiaca y pulmonar) 200 días por año del plan Copago exento para cada admisión si es transferido directamente de un entorno hospitalario en hospitalización a un centro de enfermería especializada	\$150 Se requiere preautorización
Servicios de habilitación para paciente hospitalizado (fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional)	\$150 60 días por año del plan de terapias combinadas Se requiere preautorización
Servicios de rehabilitación con hospitalización (fisioterapia, terapia del habla y ocupacional) 60 días de terapias combinadas por año del plan	\$150 Se requiere preautorización

SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS	
Cuidado médico mental para pacientes hospitalizados incluyendo el tratamiento residencial (durante una internación continua en un hospital)	\$150 Se requiere preautorización. Sin embargo, no se requiere preautorización para admisiones de emergencia.
Cuidado médico mental ambulatorio (incluyendo hospitalización parcial y servicios de programa ambulatorio intensivo) <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio • Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios 	\$15 en el consultorio por Telesalud \$15 en el consultorio por Telesalud Se requiere preautorización
Tratamiento de ABA para trastorno del espectro autista Se requiere preautorización	[Cubiertos en su totalidad] [Copago de \$] [% de coseguro] [[después; no sujeto a] Deducible] [En el Consultorio] [por Telesalud] Se requiere preautorización
Dispositivos de comunicación auxiliares para trastorno del espectro autista Se requiere preautorización	[Cubiertos en su totalidad] [Copago de \$] [% de coseguro] [[después; no sujeto a] Deducible] Se requiere preautorización
Servicios por abuso de sustancias para paciente hospitalizado durante una internación continua en un hospital (incluyendo el tratamiento residencial)	\$150 Se requiere preautorización. Sin embargo, no se requiere preautorización 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 en el Consultorio por Telesalud Se requiere preautorización
MEDICAMENTOS RECETADOS *Determinados medicamentos recetados no están sujetos a costos compartidos cuando se suministran de conformidad con las guías integrales respaldadas por la HRSA o si los artículos o servicios tienen una clasificación de “A” o “B” del USPSTF y se obtienen en una farmacia participante.	
FARMACIA MINORISTA	
Suministro para 30 días	
Nivel 1	\$6
Nivel 2	\$15
Nivel 3	\$30
No se requiere preautorización para un medicamento recetado cubierto utilizado para tratar un trastorno por abuso de sustancias, incluyendo un medicamento recetado para manejar el síntoma de abstinencia y/o la estabilización por consumo de opioides o para revertir una sobredosis de opioides.	
FARMACIA DE PEDIDO POR CORREO	
Hasta un suministro para 30 días	
Nivel 1	\$6
Nivel 2	\$15
Nivel 3	\$30
Hasta un suministro para 90 días	
Nivel 1	\$15

Nivel 2	\$37.50
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 VISIÓN	
Cuidado dental	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental preventivo 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado dental de rutina 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos dentales complejos (cirugía oral, endodoncias, periodoncia y prostodoncia) 	\$0
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 de aleta de mordida en intervalos de seis a 12 meses	
La ortodoncia y los procedimientos dentales complejos requieren preautorización	La ortodoncia y los procedimientos dentales complejos requieren preautorización
Cuidado de visión	
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Lentes y marcos 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto 	\$0
Un (1) examen por periodo de 12 meses; año del plan; año calendario, salvo que se establezca lo contrario de ser médicamente necesario	Los lentes de contacto requieren preautorización
Un (1) par de lentes y marcos recetados	

por periodo de 12 meses; año del plan; año calendario, salvo que se establezca lo contrario de ser médicamente necesario	
--	--

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

Los amerindios/nativos de Alaska elegibles, según lo determinado por el NYSOH, están exentos de requisitos de costo compartido, incluyendo cuando los servicios cubiertos son prestados por un Servicio de Salud Indígena, Tribu Indígena, Organización Tribal u Organización Tribal Indígena, o a través de una referencia bajo el programa Cuidado comprado/referido (PRC), conocido anteriormente como Servicios de Salud Contratados (CHS).

- 1. Conforme a la ley estatal y la Ley Federal de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (MHPAEA) de 2008, los requisitos financieros (deducibles, copagos, coseguro y gastos de bolsillo) y las limitaciones al tratamiento aplicables a los beneficios de salud mental o tratamiento de trastorno por abuso de sustancias no deben ser más restrictivos que los requisitos financieros y las limitaciones al tratamiento predominantes aplicados a básicamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan. Además, si el plan médico ofrece cobertura para los servicios fuera de la red, también debe brindar cobertura para los servicios fuera de la red para el tratamiento de condiciones de salud mental y trastornos por abuso de sustancias de conformidad con la MHPAEA.*
- 2. Los costos compartidos para los servicios prestados a través de telesalud deben ser, como mínimo, tan favorables para el asegurado como los costos compartidos por los mismos servicios cuando no se los presta a través de telesalud, conforme a §§ 3217-h(a), 4306-g(a), de la Ley de Seguro y § 4406-g(1) de la Ley de Salud Pública.*
- 3. Los planes tienen la flexibilidad de decidir cuándo se requiere una referencia para un producto restringido.*
- 4. Los costos compartidos para servicios de emergencia en un hospital deben ser los mismos tanto para los servicios dentro de la red como fuera de la red.*
- 5. Los costos compartidos para el tratamiento de ABA y los dispositivos de comunicación asistida deben ser el copago del PCP.*
- 6. Los costos compartidos para equipos, suministros y educación sobre autoadministración para diabéticos deben ser el copago del PCP.*
- 7. Los abortos médicamente necesarios no deben estar sujetos a un copago o coseguro y solo podrían estar sujetos a un deducible en el caso de un plan médico con deducible alto.*

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



An Anthem Company

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