Empire BlueCross BlueShield

An Anthem Company

Essential Plan 2
Contrato Del Suscriptor

New York

ENY-MHB-0070-20 SP

Essential Plan 2

Contrato del suscriptor

Nueva York

Este es su

CONTRATO DE ESSENTIAL PLAN

Emitido por

EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS

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

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

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

Beneficios dentro de la red.
Este contrato cubre únicamente los beneficios dentro de la red. Para recibir beneficios dentro de la red, debe recibir atención exclusivamente de los proveedores y las farmacias participantes de nuestra red Empire que se encuentran dentro de nuestra área de servicio. La atención cubierta conforme a este contrato (incluida la hospitalización) debe ser prestada, coordinada o autorizada con anticipación por su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) y, cuando sea necesario, aprobada por nosotros. Para recibir beneficios conforme a este contrato, debe comunicarse con su PCP antes de obtener los servicios, excepto por los servicios para tratar una afección de emergencia, como se menciona en la sección **Servicios de emergencia y atención de urgencia** de este contrato. Salvo la atención de una afección de emergencia o urgencia mencionada en la sección **Servicios de emergencia y atención de urgencia** de este contrato, usted será responsable de pagar el costo de toda la atención que reciba por parte de proveedores no participantes.

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

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

Un saludo cordial,

Jennifer Kuhn
Presidente
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus

empireblue.com/nyessentialplan

Servicios prestados por HealthPlus HP, LLC, un licenciatario de Blue Cross
Blue Shield Association, 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 A LA ATENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRANSICIÓN 19

SECCIÓN IV: GASTOS DE COSTOS COMPARTIDOS Y MONTO PERMITIDO 22

SECCIÓN V: QUIÉN ESTÁ CUBIERTO 24

SECCIÓN VI: ATENCIÓN PREVENTIVA 25

SECCIÓN VII: SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIOS Y DE AMBULANCIA 29

SECCIÓN VIII: SERVICIOS DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN DE URGENCIA 31

SECCIÓN IX: SERVICIOS PROFESIONALES Y PARA PACIENTES AMBULATORIOS 34

SECCIÓN X: DISPOSITIVOS, EQUIPOS Y BENEFICIOS ADICIONALES 43

SECCIÓN XI: SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS 50

SECCIÓN XII: SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL Y POR ABUSO DE SUSTANCIAS 54

SECCIÓN XIII: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS 57

SECCIÓN XIV: BENEFICIOS DE BIENESTAR 68

SECCIÓN XV: PROGRAMA DE DISEASE MANAGEMENT 72

SECCIÓN XVI: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES 75

SECCIÓN XVII: DETERMINACIONES DE RECLAMACIONES 79

SECCIÓN XVIII: PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS 81

SECCIÓN XIX: REVISIÓN DE UTILIZACIÓN 83

SECCIÓN XX: APELACIÓN EXTERNA 92

SECCIÓN XXI: FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA 97

SECCIÓN XXII: DERECHOS DE SUSPENSIÓN TEMPORAL PARA LOS MIEMBROS DEL EJÉRCITO 99

SECCIÓN XXIII: CLÁUSULAS GENERALES 100

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA 109

SECCIÓN XXIV: EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS TABLA DE BENEFICIOS 116

SECCIÓN I: DEFINICIONES

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

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

Centro de cirugía ambulatoria: un centro actualmente autorizado por la agencia de regulación estatal pertinente para prestar servicios quirúrgicos y médicos relacionados en forma ambulatoria.

Apelación: una solicitud para que revisemos nuevamente una decisión de revisión de utilización o una queja formal.

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

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

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

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

Costos compartidos: montos que debe pagar por los servicios cubiertos, que se expresan como copagos y/o coseguro.

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

Equipo médico duradero (DME): El equipo médico duradero es un equipo que:
- Está diseñado y destinado para el uso constante.
- Se usa principal y comúnmente con propósitos médicos.
- Generalmente no es útil para una persona que no sufre una enfermedad o lesión.
- Es apropiado para uso domiciliario.

Afección de emergencia: una afección médica o de la conducta que se manifiesta por medio de síntomas agudos de una gravedad tal, incluido el dolor intenso, que llevaría a una persona

prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, a creer razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría causar:

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

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

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

Exclusiones: los servicios de atención médica que no pagamos ni cubrimos.

Agente de apelación externa: una entidad que ha sido certificada por el New York State Department of Financial Services para realizar apelaciones externas conformes a la ley de Nueva York.

Centro: un hospital, centro de cirugía ambulatoria, centro de maternidad, centro de diálisis, centro de rehabilitación, centro de enfermería especializada, hospicio, una agencia de atención médica a domicilio o agencia de servicios de atención en el hogar certificados o autorizados según el Artículo 36 de la Ley de Salud Pública de Nueva York, un centro de atención integral para trastornos alimentarios conforme al Artículo 30 de la Ley de Salud Mental de Nueva York y un centro definido en la Ley de Salud Mental de Nueva York, sección 1.03, certificado por la New York State Office of Addiction Services and Supports, o certificado según el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de Nueva York (o, en otros estados, un centro autorizado o certificado de manera similar). Si recibe tratamiento por un trastorno de abuso de sustancias fuera del estado de Nueva York, un centro también incluye un lugar que sea acreditado por la Comisión Conjunta para proporcionar un programa de tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias.

Nivel federal de pobreza (FPL): una medida de nivel de ingreso emitida anualmente por el U.S. Department of Health and Human Services. Los niveles de pobreza federal se utilizan para determinar su elegibilidad para ciertos programas y beneficios, incluido Essential Plan, y se actualizan por año.

Queja: una reclamación que usted nos comunica y que no está relacionada con una determinación de revisión de utilización.

Servicios para recuperar las habilidades: servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las capacidades y el funcionamiento para la vida cotidiana. Los servicios para recuperar las habilidades incluyen el manejo de las limitaciones y discapacidades, incluidos los servicios o programas que ayudan a mantener o prevenir el deterioro de la función física, cognitiva o del comportamiento. Estos servicios incluyen terapia física, ocupacional y del habla.

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

Agencia de atención de la salud a domicilio: una organización actualmente certificada o autorizada por el estado de Nueva York o el estado en el que opera y presta servicios de atención médica a domicilio.

Cuidados de hospicio: atención que brinda comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias, que es proporcionada por una organización de hospicio certificada conforme al Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de Nueva York o según un proceso de certificación similar exigido por el estado en el que se encuentra dicha organización de hospicio.

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

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

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

Hospital no significa spas, centros de salud ni enfermerías en escuelas o campamentos.

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

Atención ambulatoria en el hospital: atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía de una noche.

Inmigrante legal: el término "legal" abarca a inmigrantes que tienen lo siguiente:
- Una condición migratoria de "no ciudadano calificado" sin un periodo de espera.
- Circunstancias o estados humanitarios (incluso Estado de protección temporal, Estado juvenil especial, solicitantes de asilo, Convención contra la Tortura, víctimas de la trata de personas).
- Visas de no inmigrantes válidas.
- Estado legal conferido por otras leyes (estado de residencia temporal, la Ley de Equidad para las Familias de Inmigrantes Legales [Legal Immigration and Family Equity, LIFE], personas del programa Family Unity). Para ver una lista completa de los estatus de inmigración elegibles, visite el sitio web http://healthcare.gov/immigrants/immigration-status o llame al NY State of Health al 855-355-5777.

Necesario por motivos médicos: Consulte la sección **Cómo funciona su cobertura** de este contrato para ver la definición.

Medicare: Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) y sus modificaciones.

Red: los proveedores que hemos contratado para que le brinden a usted los servicios de atención de la salud.

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

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

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

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

Médico o servicios del médico: servicios de atención de la salud que proporciona o coordina un médico matriculado (doctor en Medicina [MD] o doctor en Medicina osteopática [DO]).

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

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

Prima: el monto que debe pagar por su cobertura del seguro médico.

Medicamentos recetados: un medicamento, producto o dispositivo aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) que puede, según la ley federal o estatal, dispensarse solo conforme a una receta o un resurtido, y que se encuentra en nuestro formulario. Un medicamento recetado incluye un medicamento que, debido a sus características, es adecuado para la autoadministración o para la administración por parte de un cuidador no especializado.

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

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

Referencia: una autorización que un proveedor participante le otorga a otro proveedor participante (por lo general, de un PCP a un especialista participante) a fin de coordinar atención adicional para el suscriptor. Una preautorización puede transmitirse a través de su proveedor que deberá completar un formulario de preautorización en papel. No se requiere una preautorización pero es necesaria para que usted pague el costo compartido más bajo para ciertos servicios mencionados en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato.

Servicios de rehabilitación: servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las capacidades y el funcionamiento para la vida cotidiana que se perdieron o deterioraron debido a una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios incluyen terapia física, ocupacional y del habla en un ámbito para pacientes internados y/o ambulatorios.

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

Área de servicio: El área geográfica designada por nosotros y aprobada por el estado de Nueva York, en la que proporcionamos cobertura. Nuestra área de servicio se compone de: los condados de Bronx, Delaware, Dutchess, Kings, Nassau, Nueva 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 aprobada o autorizada actualmente según la ley estatal o local.
- Se ocupa principalmente de brindar atención de enfermería especializada y servicios relacionados como un centro de enfermería especializada, centro de atención ampliada o centro de atención de enfermería aprobado por la Joint Commission o la Bureau of Hospitals of the American Osteopathic Association o como un centro de enfermería especializada según Medicare, o según determinemos de otro modo que cumple con los estándares de cualquiera de estas autoridades.

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

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

Usual, acostumbrado y razonable (UCR): el costo de un servicio médico en un área geográfica basado en lo que generalmente cobran los proveedores en el área por el mismo servicio médico o uno similar.

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

Centro de atención de urgencia: una institución autorizada que no sea un hospital y que proporcione atención de urgencia.

Nosotros/as, nuestros/as: Empire BlueCross BlueShield HealthPlus y toda persona a quien le delegamos legalmente la responsabilidad de llevar a cabo las funciones, en nuestro nombre, según este contrato.

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

Usted, su(s): el suscriptor.

SECCIÓN II: CÓMO FUNCIONA SU COBERTURA

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

B. Servicios cubiertos
Recibirá servicios cubiertos conforme a los términos y las condiciones de este contrato solo cuando el servicio cubierto cumpla con lo siguiente:
- Sea médicamente necesario.
- Sea proporcionado por un proveedor participante.
- Figure como un servicio cubierto.
- No exceda las limitaciones de los beneficios que se mencionan en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato.
- Se reciba mientras su contrato esté en vigencia.

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

C. Proveedores participantes
Para saber si un proveedor es un proveedor participante, puede hacer una de las siguientes opciones:
- Consulte nuestro directorio de proveedores, que está disponible a pedido.
- Llame al 800-300-8181 (TTY 711).
- Visite nuestro sitio web empireblue.com/nyessentialplan.

En el directorio de proveedores encontrará la siguiente información sobre los proveedores participantes:
- Nombre, dirección y número de teléfono.
- Especialidad.
- Certificación del Colegio de Médicos (si corresponde).
- Idiomas que se hablan.
- Si el proveedor participante acepta nuevos pacientes.

D. La función de los proveedores de atención primaria
Este contrato tiene un médico de cabecera, comúnmente conocido como proveedor de atención primaria (PCP). Si bien se le aconseja que reciba atención de su PCP, no necesita una derivación escrita de un PCP antes de recibir atención del especialista. Puede seleccionar cualquier PCP participante que se encuentre disponible de la lista de los PCP en Essential Plan. En algunos casos, usted puede designar a un especialista como su PCP. Consulte la sección **Acceso a la atención y atención de transición** de este contrato para obtener más información sobre cómo designar a un especialista. Para seleccionar un PCP, inicie sesión en su cuenta segura en

empireblue.com/nyessentialplan o llame a Servicios para Miembros al 800-300-8181 (TTY 711). Si no selecciona un PCP, le asignaremos uno.

Para los fines de costos compartidos, si busca servicios de un PCP (o un proveedor que cubra los servicios de un PCP) que tenga una especialidad primaria o secundaria que no sea la medicina general, medicina familiar, medicina interna, pediatría y obstetricia/ginecología, debe pagar el costo compartido de la visita al consultorio del especialista que aparece en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato cuando los servicios prestados se relacionen con la atención especializada.

E. Servicios que no requieren referencia de su PCP

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

- Servicios ginecológicos y de obstetricia primarios y preventivos que incluyen exámenes anuales, atención que surge de dichos exámenes anuales, tratamiento de afecciones ginecológicas agudas o toda atención relacionada con un embarazo brindada por un proveedor participante calificado de dichos servicios
- Servicios de emergencia
- Servicios médicos de emergencia prehospitalarios y transporte de emergencia en ambulancia
- Examen de detección de depresión posparto
- Atención de urgencia
- Servicios quiroprácticos
- Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios
- Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- Servicios para recuperar las habilidades para pacientes ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)
- Exámenes oculares refractarios realizados por un optometrista
- Exámenes oculares para personas con diabetes realizados por un oftalmólogo
- Atención de la salud a domicilio
- Servicios de radiología de diagnóstico
- Procedimientos de laboratorio

Sin embargo, el proveedor participante debe realizar lo siguiente:

- Analizar los servicios y el plan de tratamiento con su PCP.
- Aceptar cumplir con nuestras políticas y procedimientos, incluidos los procedimientos respecto de derivaciones o una derivación para servicios que no sean de obstetricia y ginecología proporcionados por dicho proveedor participante.
- Aceptar proporcionar servicios conformes a un plan de tratamiento (si lo hay) aprobado por nosotros.

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

F. Acceso a proveedores y cambio de proveedores
Algunas veces, los proveedores de nuestro directorio de proveedores no se encuentran disponibles. Antes de notificarnos sobre qué PCP eligió, debe llamar al PCP para asegurarse de que acepta nuevos pacientes.

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

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

Puede cambiar su PCP si inicia sesión en su cuenta segura en empireblue.com/nyessentialplan o llama 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 cambiar una vez cada seis meses sin motivo o con más frecuencia si tiene una buena razón para hacerlo. También puede cambiar su ginecólogo/obstetra o un especialista al que su PCP lo haya derivado.

Si no contamos con un proveedor participante para determinados tipos de proveedores en el condado en el que usted vive o en un condado limítrofe que se encuentre dentro de los estándares de distancia y tiempo aprobados, aprobaremos un referido a un determinado proveedor no participante hasta que deje de tener la necesidad de recibir los cuidados o 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 proporcionados por el proveedor no participante se pagarán como si hubieran sido provistos por un proveedor participante. Usted solo será responsable del pago de cualquier costo compartido 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 y servicios médicos de emergencia prehospitalarios y servicios de ambulancia para tratar su afección, a menos que estén específicamente cubiertos en este contrato.

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

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

Su proveedor debe comunicarse con nosotros para solicitar la preautorización con la siguiente anticipación:

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

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

J. Administración médica

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

K. Necesidad médica

Cubrimos los beneficios descritos en este contrato siempre y cuando el servicio de atención médica, procedimiento, tratamiento, examen, dispositivo, medicamento recetado o suministro (colectivamente, “servicio”) sea médicamente necesario. El hecho de que un proveedor haya proporcionado, recetado, ordenado, recomendado o aprobado el servicio no significa que sea médicamente necesario ni que tengamos que cubrirlo.

Podemos basar nuestra decisión en una revisión de lo siguiente:

- Sus registros médicos
- Nuestras políticas médicas y pautas clínicas
- Opiniones médicas de una sociedad profesional, comité de revisión de pares u otros grupos de proveedores
- Informes en publicaciones médicas evaluadas por pares
- Informes y pautas publicados por las organizaciones de atención médica reconocidas a nivel nacional que incluyen datos científicos de respaldo

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

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

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

L. Protección contra facturas impensadas

1. Facturas impensadas. Una factura impensada es la que recibe por servicios cubiertos en las siguientes circunstancias:
- Por servicios prestados por un proveedor no participante en un hospital o centro de cirugía ambulatoria participante cuando:
  - Un proveedor participante no está disponible al momento de prestar los servicios de atención médica.
  - Un proveedor no participante presta servicios sin su conocimiento.
  - Surge un problema o servicio médico no previsto al momento de prestar los servicios de atención médica.

  Una factura impensada no incluye una factura por servicios de atención de la salud cuando un proveedor participante está disponible y usted decide recibir los servicios de un proveedor no participante.
- Fue derivado por un médico participante a un proveedor no participante sin su consentimiento explícito por escrito en el que se reconoce que la preautorización es para un

proveedor no participante y puede generar costos que no cubrimos. Para una factura impensada, una preautorización para un proveedor no participante implica lo siguiente:

- Un proveedor no participante presta los servicios cubiertos en el consultorio o el centro del proveedor participante durante la misma visita.
- El médico participante envía una muestra que le tomó en el consultorio del médico participante a un patólogo o laboratorio no participante.
- Para cualquier otro servicio cubierto prestado por un proveedor no participante a solicitud del médico participante, cuando las preautorizaciones se requieren conforme a su contrato.

Usted no será responsable de los cargos del proveedor no participante de la factura impensada que excedan su copago, deducible o coseguro si asignó beneficios al proveedor no participante por escrito. En dichos casos, el proveedor no participante solo puede facturarle su copago, deducible o coseguro.

El formulario de cesión de beneficios para las facturas impensadas está disponible en dfs.ny.gov o puede visitar nuestro sitio web empireblue.com/nyessentialplan para obtener una copia del formulario. Debe enviarnos por correo una copia del formulario de asignación de beneficios a la dirección que figura en nuestro sitio web, su tarjeta de identificación, y también debe enviársela a su proveedor.

2. Proceso de resolución de disputas independiente

Empire o un proveedor pueden presentar una disputa sobre una factura impensada 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 dentro de los 30 días de haber recibido la disputa.

M. Prestación de servicios cubiertos con Telehealth

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

N. Administración de casos

La administración de casos ayuda a coordinar servicios para los miembros con necesidades de atención médica que se deben a afecciones de la salud serias, complejas y/o crónicas. Nuestros programas coordinan beneficios y educan a los miembros, quienes aceptan participar en el programa de administración de casos para ayudar a satisfacer sus necesidades relacionadas con la salud.

Nuestros programas de administración de casos son confidenciales y voluntarios. Estos programas no tienen costo adicional ni modifican los servicios cubiertos. Si usted cumple con

los criterios del programa y acepta participar, lo ayudaremos a satisfacer sus necesidades de atención médica 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 a coordinar la atención con servicios y programas comunitarios existentes para cubrir sus necesidades, que pueden incluir brindarle información sobre agencias externas y programas y servicios comunitarios.

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

Lo establecido en esta disposición no impedirá que usted apele nuestra decisión. La decisión de brindar beneficios extendidos o de aprobar atención médica alternativa en un caso no nos obliga a brindarle los mismos beneficios nuevamente a usted o a cualquier otro miembro. Nos reservamos el derecho de modificar o dejar de ofrecer beneficios extendidos o de aprobar la atención médica alternativa en cualquier momento. En tal caso, lo notificaremos a usted o a su representante por escrito.

O. Números telefónicos y direcciones importantes

Servicios para Miembros: 800-300-8181 (TTY 711)
Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 5 p.m. hora del Este.

Reclamaciones
Envíe los formularios de reclamaciones a esta dirección:
Claims
Empire BlueCross BlueShield HealthPlus
P.O. Box 61010
Virginia Beach, VA 23466-1010

Apelaciones relacionadas con reclamaciones, quejas 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 envíe un correo a esta dirección:
Medical Appeals Department
P.O. Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

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

Servicios de salud del comportamiento
800-300-8181 (TTY 711)

Nuestro sitio web: empireblue.com/nyessentialplan

SECCIÓN III: ACCESO A LA ATENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRANSICIÓN

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

B. Cuándo un especialista puede ser su proveedor de atención primaria
Si tiene una afección o enfermedad que pone en riesgo la vida o una afección o enfermedad degenerativa y causante de una discapacidad que requiere atención especializada durante un tiempo prolongado, puede solicitarnos que un especialista, que sea un proveedor participante, sea su PCP. Consultaremos con el especialista y con su PCP y decidiremos si el especialista debe ser su PCP. Toda preautorización deberá realizarse conforme a un plan de tratamiento aprobado por nosotros con su asesoramiento, el de su PCP y el del especialista. No aprobaremos un especialista no participante a menos que determinemos que no contamos con un proveedor adecuado en nuestra red. Si aprobamos un especialista no participante, los servicios cubiertos prestados por el especialista no participante conforme al plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran proporcionados por un proveedor participante. Usted solo deberá pagar cualquier costo compartido correspondiente dentro de la red.

C. Preautorización continua para un especialista participante
Si necesita atención especializada continua, es posible que reciba una “preautorización permanente” para un especialista que es un proveedor participante. Esto significa que no necesitará una nueva derivación de su PCP cada vez que necesite consultar a ese especialista. Consultaremos con el especialista y con su PCP y decidiremos si usted debe tener una preautorización permanente. Toda preautorización deberá realizarse conforme a un plan de tratamiento aprobado por nosotros con su asesoramiento, el de su PCP y el del especialista. El plan de tratamiento puede limitar la cantidad de visitas o el periodo durante el cual se autorizan las visitas y puede exigirle al especialista que le proporcione al PCP actualizaciones regulares sobre la atención especializada brindada, así como toda la información médica necesaria. No aprobaremos una preautorización permanente para un especialista no participante a menos que determinemos que no contamos con un proveedor adecuado en nuestra red. Si aprobamos una preautorización permanente para un especialista no participante, los servicios cubiertos prestados por el especialista no participante conforme al plan de tratamiento aprobado se pagarán como si

fueran proporcionados por un proveedor participante. Usted solo deberá pagar cualquier costo compartido correspondiente dentro de la red.

D. Centro de atención especializada
Si tiene una afección o enfermedad que pone en riesgo la vida o una afección o enfermedad degenerativa y causante de discapacidad que requiere atención especializada durante un tiempo prolongado, puede solicitar una preautorización a un centro de atención especializada con especialización en el tratamiento de su afección o enfermedad. Un centro de atención especializada es un centro que tiene acreditación o designación de una agencia estatal, del gobierno federal o de una organización de la salud nacional y que cuenta con la competencia especializada para tratar su enfermedad o afección. Consultaremos con su PCP, su especialista y con el centro de atención especializada para decidir si aprobamos dicha preautorización. Toda preautorización deberá realizarse conforme a un plan de tratamiento desarrollado por el centro de atención especializada y deberá estar aprobada por nosotros con su asesoramiento, el de su PCP y el del especialista. No aprobaremos una preautorización para un centro de atención especializada no participante a menos que determinemos que no contamos con un centro de atención especializada adecuado en nuestra red. Si aprobamos una preautorización para un centro de atención especializada no participante, los servicios cubiertos prestados por el centro de atención especializada no participante conforme al plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran prestados por un centro de atención especializada participante. Usted solo deberá pagar cualquier costo compartido correspondiente dentro de la red.

E. Cuando su proveedor abandona la red
Si su proveedor abandona nuestra red mientras usted recibe tratamiento continuo, entonces puede continuar recibiendo los servicios cubiertos para dicho tratamiento del proveedor participante anterior durante un máximo de 90 días desde la fecha en que termina la obligación contractual de su proveedor de prestarle servicios. Si está embarazada y está en su segundo o tercer trimestre de embarazo, puede seguir recibiendo atención de un proveedor participante anterior hasta el parto, así como cualquier atención de posparto directamente relacionada con el parto.

Para continuar recibiendo servicios cubiertos durante un máximo de 90 días o durante un embarazo con un proveedor participante, el proveedor debe aceptar como pago la tarifa negociada que estaba en vigencia justo antes de la finalización de nuestra relación con el proveedor. El proveedor también debe aceptar proporcionarnos información médica necesaria relacionada con su atención y cumplir con nuestras políticas y procedimientos, incluso aquellos relacionados con la calidad de salud, la obtención de 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 fueran proporcionados por un proveedor participante. Usted solo deberá pagar cualquier costo compartido correspondiente dentro de la red. Tenga en cuenta que, si despedimos al proveedor debido a un fraude, daño inminente hacia los pacientes o si la junta o agencia estatal toma una medida disciplinaria final que afecta la capacidad de práctica del proveedor, el tratamiento continuo con dicho proveedor no estará disponible.

F. **Nuevos miembros en tratamiento**
Si está en tratamiento continuo con un proveedor no participante cuando su cobertura conforme a este contrato entra en vigencia, usted puede recibir los servicios cubiertos para el tratamiento continuo de un proveedor no participante durante un máximo de 60 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura según este contrato. Este tratamiento debe realizarse para una afección o enfermedad que pone en riesgo la vida o una afección o enfermedad degenerativa y causante de una discapacidad. También puede continuar la atención con un proveedor no participante si se encuentra en el segundo o tercer trimestre de un embarazo cuando su cobertura según este contrato entra en vigencia. Puede continuar con la atención durante el parto y para recibir cualquier servicio de posparto directamente relacionado con el parto.

Para continuar recibiendo servicios cubiertos durante un máximo de 60 días o durante el embarazo, el proveedor no participante debe aceptar como pago nuestras tarifas para dichos servicios. El proveedor también debe aceptar proporcionarnos información médica necesaria relacionada con su atención y cumplir con nuestras políticas y procedimientos, incluso aquellos relacionados con la calidad de salud, la obtención de 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 fueran proporcionados por un proveedor participante. Usted solo deberá pagar cualquier costo compartido correspondiente dentro de la red.

SECCIÓN IV: GASTOS DE COSTOS COMPARTIDOS Y MONTO PERMITIDO

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

B. Coseguro
Salvo que se mencione de otra forma, debe pagar un porcentaje del monto permitido para los servicios cubiertos. Pagaremos el porcentaje restante del monto permitido como se detalla en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato.

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

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

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

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

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

1. Medicamentos 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 utilizada por los Centers for Medicare & Medicaid Services, y generan tarifas basadas en los costos de adquisición publicados o el precio mayorista de los medicamentos. Estas metodologías actualmente son creadas por RJ Health Systems, Thomson Reuters (publicadas en su Red Book) o por nosotros sobre la base de un recurso de fijación de precios de medicamentos desarrollado internamente si las demás metodologías no tienen datos disponibles sobre fijación de precios para un medicamento

administrado por un médico o si hay circunstancias especiales que apoyan un ajuste al alza a la otra metodología de fijación de precios.

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

SECCIÓN V: QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

A. Quién está cubierto conforme a este contrato

Usted, el suscriptor a quien se le emite este contrato, está cubierto conforme a este contrato. Debe vivir o residir en nuestra área de servicios para estar cubierto conforme a este contrato. Debe tener un ingreso familiar por encima del 138 % al 200 % del nivel de pobreza federal. Si está inscrito en Medicare o Medicaid o un Seguro de salud asequible patrocinado por el empleador, no es elegible para celebrar este contrato. Además, si su ingreso es superior al 138 % del nivel de pobreza federal, no es elegible para celebrar este contrato si es menor de 19 años, si es mayor de 64 años o si está embarazada.

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

B. Tipos de cobertura

El único tipo de cobertura que se ofrece con Essential Plan es la cobertura individual, que significa que solo usted está cubierto. Si miembros adicionales de su familia también están cubiertos con Essential Plan, recibirán un contrato por separado y, si corresponde, tendrán una prima por separado.

C. Inscripción

Puede inscribirse en este contrato durante cualquier momento del año. Si el NYSOH recibe su selección antes del 15 de cualquier mes inclusive, su cobertura comenzará el 1.º del siguiente mes, siempre que para dicha fecha ya se haya recibido el pago de la prima correspondiente. Si el NYSOH recibe su selección después del 16 de cada mes inclusive, su cobertura comenzará el 1.º del siguiente mes sucesivo. Por ejemplo, si hace una elección el 16 de enero, su cobertura comenzará el 1.º de marzo. Su primer pago de prima se debe recibir antes de los 10 días del primer mes de cobertura o 10 días a partir de la fecha de la recepción de la factura, lo que sea posterior. Si el NYSOH recibe su elección antes del 15 de diciembre de 2020 inclusive, su cobertura comenzará el 1.º de enero de 2021, siempre que el pago de la prima correspondiente se reciba antes del 10 de enero de 2021 o 10 días a partir de la fecha del recibo de la factura, lo que sea posterior.

SECCIÓN VI: ATENCIÓN PREVENTIVA

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

Atención preventiva
Cubrimos los siguientes servicios con 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 los presta un proveedor participante y se proporcionan de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA), o si los artículos o servicios poseen una clasificación "A" o "B" del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF) o si las inmunizaciones son recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Sin embargo, el costo compartido se puede aplicar a los servicios proporcionados durante la misma visita en la que se recibieron los servicios preventivos. Además, si se proporciona un servicio preventivo durante una visita al consultorio, en la cual dicho servicio no es el objetivo principal, de todos modos, se aplicará el monto del costo compartido que se aplicaría a la visita al consultorio. Puede comunicarse con nosotros al 800-300-8181 (TTY 711) o visitar nuestro sitio web empireblue.com/nyessentialplan para obtener una copia de las pautas integrales respaldadas por la HRSA, los artículos o servicios que tienen una calificación "A" o "B" según el USPSTF y las vacunas recomendadas por el ACIP.

A. Exámenes físicos anuales para adultos
Cubrimos los exámenes físicos anuales para adultos, la atención preventiva y las pruebas de detección según lo establecido en las pautas integrales respaldadas por la HRSA, así como los artículos o servicios con una calificación "A" o "B" del USPSTF.

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

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

Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguro cuando se proporciona de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios con una calificación "A" o "B" del USPSTF.

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

C. Exámenes para mujeres sanas
Cubrimos los exámenes de mujer sana que constan de un examen ginecológico de rutina, un examen de mamas y un examen de detección de cáncer de cuello uterino anual, incluidos los servicios de laboratorio y de diagnóstico relacionados con la evaluación de los exámenes de detección de cáncer de cuello uterino. Además, cubrimos los exámenes de detección y los cuidados preventivos de acuerdo con las directrices integrales respaldadas por la HRSA y si los artículos o servicios tienen una clasificación de "A" o "B" de la USPSTF. Puede encontrar una lista completa de los servicios preventivos cubiertos en nuestro sitio web empireblue.com/nyessentialplan, o puede solicitarnos que se la enviemos por correo. Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguro cuando se proporciona de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios con una calificación "A" o "B" del USPSTF, que puede ser menos frecuentes que lo descrito anteriormente.

D. Mamografías, pruebas de detección y diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama
Cubrimos mamografías, que se pueden proporcionar por tomosíntesis de mamas (es decir, mamografías 3D), para la prueba de detección del cáncer de mama de la siguiente manera:
- Una mamografía inicial para miembros que tengan entre 35 y 39 años
- Una mamografía anual para miembros que tengan 40 años o más

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

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

También cubrimos pruebas de detección adicionales y diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama, incluidas las ecografías de mamas y las imágenes por resonancia magnética. Las pruebas de detección y el diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama, incluidas las mamografías de diagnóstico, ecografías de mamas y resonancias magnéticas, no están sujetas a copagos, deducibles ni coseguro si las realiza un proveedor participante y si son necesarias por motivos médicos.

E. Planificación familiar y servicios de salud reproductiva
Cubrimos los servicios de planificación familiar que incluyen métodos anticonceptivos aprobados por la Food and Drug Administration (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 asesoramiento 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, asesoramiento para el

cumplimiento continuo y la colocación y el retiro de dispositivos; y procedimientos de esterilización para las mujeres. Dichos servicios no están sujetos a copagos o coseguro cuando se proporcionan a través de un proveedor participante.

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

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

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

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

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

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

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

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

H. National Diabetes Prevention Program (NDPP).
Cubrimos los servicios de prevención de la diabetes proporcionados a través de programas reconocidos por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para personas con riesgo de 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 autorizado, y si es menor de 18 años, si no está embarazada actualmente, si no tiene sobrepeso, si no se le ha diagnosticado diabetes de tipo 1 ni de tipo 2 anteriormente Y si 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, O
- Obtuvo un puntaje de 5 o más en el análisis de riesgo de prediabetes de CDC/American Diabetes Association (ADA).

SECCIÓN VII: SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIOS Y DE AMBULANCIA

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

A. Transporte de emergencia en ambulancia

1. Servicios médicos de emergencia prehospitalarios

Cubrimos los servicios médicos de emergencia prehospitalarios en todo el mundo para el tratamiento de una afección de emergencia cuando esos servicios son proporcionados por un servicio de ambulancia.

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

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

El servicio de ambulancia debe eximirlo de responsabilidad y no puede cobrarle ni pedirle un reembolso por los servicios médicos de emergencia prehospitalarios con excepción del cobro de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable. Si no hay una tasa negociada, le pagaremos al proveedor no participante la tarifa usual y habitual para servicios médicos de emergencia prehospitalarios, que no deberá ser excesiva ni poco razonable. 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 al proveedor.

2. Transporte de ambulancia de emergencia

Además de los servicios de emergencia prehospitalarios, cubrimos también el transporte de ambulancia de emergencia en todo el mundo suministrado por un servicio de ambulancia autorizado (ya sea ambulancia aérea, terrestre o acuática) hasta el hospital más cercano al lugar donde se proporcionaron los servicios de emergencia. Esta cobertura incluye el transporte de ambulancia de emergencia hasta un hospital si el centro de origen no tiene la capacidad para tratar su afección de emergencia.

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

- Desde un hospital no participante hasta un hospital participante
- Hasta un hospital que ofrece un nivel superior de atención que no estaba disponible en el hospital inicial
- Hasta un centro de atención intensiva más económico
- Desde un centro de atención intensiva hasta un ámbito de cuidados subagudos

C. Limitaciones/términos de cobertura

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

SECCIÓN VIII: SERVICIOS DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN DE URGENCIA

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

A. Servicios de emergencia
Cubrimos los servicios de emergencia para el tratamiento de una afección de emergencia en un hospital.

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

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

Por ejemplo, una afección de emergencia puede incluir, entre otras, las siguientes afecciones:

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

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

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

1. Visitas al departamento de emergencia del hospital
En el caso de que necesite tratamiento para una afección de emergencia, busque atención de inmediato en el departamento de emergencias del hospital más cercano o llame al 911.
La atención en departamentos de emergencia no requiere una preautorización. **Sin embargo, en un departamento de emergencia, solo están cubiertos los servicios de emergencia para el tratamiento de una afección de emergencia.** Si no está seguro si un departamento de emergencias del hospital es el lugar más adecuado para recibir atención, puede llamarnos antes de buscar tratamiento. Nuestros coordinadores de administración médica están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Su coordinador lo guiará al departamento de emergencias de un hospital o a otro centro adecuado.

No cubrimos la atención de seguimiento o de rutina que se proporciona en el departamento de emergencia de un hospital. Debe comunicarse con nosotros para asegurarse de recibir la atención de seguimiento adecuada.

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

Cubrimos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados luego de la atención del departamento de emergencia en un hospital no participante al costo compartido dentro de la red. Si su afección médica permite el traslado a un hospital participante, se lo notificaremos y coordinaremos el traslado.

3. Pagos relacionados con los servicios de emergencia prestados. El monto que le pagamos a un proveedor de servicios de emergencia no participante será el monto que hayamos negociado con este proveedor o un monto que hayamos determinado que es razonable para el servicio de emergencia. Sin embargo, el monto negociado o el monto que determinamos que es razonable no deberá superar el cargo del proveedor no participante y será, como mínimo, el mayor de los siguientes montos: 1) el monto que hemos negociado con los proveedores participantes para el servicio de emergencia (y si se negocia más de un monto, la mediana del valor de todos ellos); 2) el 100 % del monto permitido para los servicios prestados por un proveedor no participante (es decir, el monto que pagaríamos en ausencia de costos compartidos que, de otro modo, se solicitarían por los servicios de proveedores no participantes); o 3) el monto que se pagaría según Medicare.

Si se envía una disputa que involucra un pago por servicios médicos u hospitalarios a una entidad de resolución de disputas independiente (“IDRE”), pagaremos el monto, si hubiere, determinado por la IDRE para dichos servicios.

Usted es responsable de cualquier copago o coseguro. Usted estará exento de cualquier cargo de un proveedor no participante que exceda su coseguro, deducible o copago. Además, si usted cede beneficios a un proveedor no participante por escrito, este solamente podrá facturarle por el copago, deducible o coseguro para servicios dentro de la red. Si usted recibe una factura de un

proveedor no participante con un monto mayor que su copago, deducible o coseguro para servicios dentro de la red, deberá comunicarse con nosotros.

B. Atención de urgencia

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

1. Dentro de la red

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

2. Fuera de la red

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

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

SECCIÓN IX: SERVICIOS PROFESIONALES Y PARA PACIENTES AMBULATORIOS

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

A. Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes
Cubrimos tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (IRM), medicina nuclear y tomografías axiales computarizadas (TAC).

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

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

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

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

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

- Es elegible para participar en un ensayo clínico aprobado para tratar el cáncer y otra enfermedad o afección que pone en riesgo la vida.
- Es derivado por un proveedor participante que ha concluido que su participación en el ensayo clínico aprobado sería adecuada.

Todos los demás ensayos clínicos, incluso cuando usted no tiene cáncer u otra afección o enfermedad que pone en riesgo la vida, pueden estar sujetos a las secciones **Revisión de utilización** y **Apelación externa** de este contrato.

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

Un "ensayo clínico aprobado" significa un ensayo clínico de fase I, II III o IV que:
- Es un ensayo aprobado o financiado a nivel federal.
- Se realiza conforme a una aplicación del medicamento de investigación revisado por la Food and Drug Administration federal.
- Es un ensayo de medicamentos que está exento de tener que realizar la aplicación de un nuevo medicamento de investigación.

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

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

H. Servicios para recuperar las habilidades
Cubrimos servicios de recuperación de las habilidades que incluyen terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento para pacientes ambulatorios de un centro o en el consultorio de un profesional de la salud; hasta 60 visitas por afección, por año del plan. El límite de visitas se aplica a todas las terapias combinadas. A los efectos de este beneficio, "por afección" se refiere a la enfermedad o lesión que origina la necesidad de recibir terapia.

I. Atención de la salud a domicilio
Cubrimos la atención proporcionada en su domicilio por una agencia de atención médica a domicilio certificada o autorizada por la agencia estatal correspondiente. La atención debe brindarse conforme al plan de tratamiento escrito del proveedor y en reemplazo de una hospitalización o internación en un centro de enfermería especializada. La atención a domicilio incluye:

- Cuidados de enfermería de medio tiempo o intermitentes brindados por un enfermero profesional registrado o bajo su supervisión.
- Servicios de atención médica a domicilio de medio tiempo o intermitentes.
- Terapia física, ocupacional o del habla proporcionada por la agencia de atención a domicilio.
- Los suministros médicos, los medicamentos recetados y los medicamentos indicados por un proveedor y los servicios de laboratorio prestados por la agencia de atención a domicilio, o en nombre de esta, en la medida en que dichos productos habrían sido cubiertos durante una hospitalización o internación en un centro de enfermería especializada.

La atención médica se limita a 40 visitas por año del plan. Cada visita que haga un miembro de la agencia de atención médica a domicilio se considera una visita. Una visita de hasta cuatro horas que haga una asistente de atención a domicilio se considera una visita. Cualquier servicio de rehabilitación o de recuperación de las habilidades que reciba conforme a este beneficio no reducirá la cantidad de servicios disponibles según los servicios de rehabilitación o de recuperación de las habilidades.

J. Tratamiento de la infertilidad
Cubrimos los servicios para el diagnóstico y tratamiento (quirúrgico y médico) de la infertilidad. La "infertilidad" es una enfermedad o afección 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 de la historia clínica del miembro o los hallazgos físicos.

Esta cobertura está disponible de la siguiente manera:

1. Servicios básicos para la infertilidad
Se ofrecerán servicios básicos para la infertilidad a un suscriptor que sea un candidato apropiado para el tratamiento de la infertilidad. Para determinar la elegibilidad, seguiremos las pautas establecidas por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva y el estado de Nueva York.

Los servicios básicos para la infertilidad incluyen lo siguiente:
- Evaluación inicial.
- Análisis de semen.
- Evaluación de laboratorio.
- Evaluación de la función ovulatoria.
- Prueba poscoital.
- Biopsia endometrial.
- Ecografía pélvica.
- Histerosalpingografía.
- Sonohistograma.
- Biopsia testicular.
- Análisis de sangre.
- Tratamiento médicamente apropiado de la disfunción ovulatoria.

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

2. Servicios integrales para la infertilidad. Si los servicios básicos para la infertilidad no aumentan la fertilidad, cubrimos servicios integrales para la infertilidad. Los servicios integrales para la infertilidad incluyen lo siguiente:
- Inducción y control de la ovulación.
- Ecografía pélvica.
- Inseminación artificial.
- Histeroscopia.
- Laparoscopia.
- Laparotomía.

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

4. Exclusiones y limitaciones. No cubrimos:
- Fertilización in vitro.
- Transferencias intrafalopianas de gametos o transferencias intrafalopianas de cigotos.
- Costos relacionados con un donante de óvulos o esperma, incluidos los gastos médicos del donante.
- Criopreservación y almacenamiento de óvulos y esperma, excepto cuando se realiza como parte de los servicios para preservación de la fertilidad.
- Criopreservación y almacenamiento de embriones.
- Kits para predecir la ovulación.
- Reversión de ligaduras de trompas.
- Reversión de vasectomías.
- Costos para la maternidad subrogada y todo lo relacionado con esta.

- Clonación.
- Procedimientos médicos y quirúrgicos que son experimentales o de investigación, a menos que un agente de apelaciones externas anule nuestra denegación.

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

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

L. Interrupción del embarazo
Cubrimos los abortos necesarios por motivos médicos en casos de violación, incesto o malformación fetal. Cubrimos los 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, incluidas las radiografías de diagnóstico, la radioterapia, la fluoroscopia, los electrocardiogramas, los electroencefalogramas, las pruebas de laboratorio y los servicios de radiología terapéutica.

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

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

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

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

Q. Análisis previos a la hospitalización
Cubrimos las pruebas previas a la hospitalización indicadas por su médico y realizadas en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios antes de una cirugía programada en el mismo hospital siempre que ocurra lo siguiente:
- Las pruebas sean necesarias y consistentes con el diagnóstico y el tratamiento de la afección por la que se realiza la cirugía.
- Las reservaciones para una cama de hospital y el quirófano se realicen antes de las pruebas.
- La cirugía se lleve a cabo dentro de siete días de haber realizado las pruebas.
- El paciente esté físicamente presente en el hospital para las pruebas.

R. Medicamentos recetados para uso en el consultorio y los centros ambulatorios
Cubrimos los medicamentos y productos inyectables (a excepción de los autoinyectables) que utiliza su proveedor en el consultorio para fines preventivos y terapéuticos. Este beneficio se aplica cuando su proveedor ordena el medicamento recetado y se lo administra a usted. Si los medicamentos recetados están cubiertos conforme a este beneficio, no lo estarán según la sección **Cobertura de medicamentos recetados** de este contrato.

S. Servicios de rehabilitación
Cubrimos servicios de rehabilitación que incluyen terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento para pacientes ambulatorios de un centro o en el consultorio de un profesional de la salud; hasta 60 visitas por afección de por vida. El límite de visitas se aplica a todas las terapias combinadas. A los efectos de este beneficio, "por afección" se refiere a la enfermedad o lesión que origina la necesidad de recibir terapia.

Cubrimos la terapia física y del habla solo cuando:
- Dicha terapia se relaciona con el tratamiento o diagnóstico de su enfermedad o lesión física.
- La terapia es indicada por un médico.
- Usted haya sido hospitalizado o sometido a una cirugía por dicha enfermedad o lesión.

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

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

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

T. Clínicas de salud minoristas

Cubrimos los servicios de cuidado de la salud básicos que usted recibe "sin cita previa" en clínicas de salud en locales minoristas, que suelen encontrarse en las principales farmacias o tiendas minoristas. Los servicios cubiertos son suministrados, por lo general, por un enfermero practicante o un auxiliar médico. Los servicios cubiertos disponibles en clínicas de salud minoristas se limitan a la atención de rutina y al tratamiento de enfermedades comunes.

U. Segundas opiniones

1. Segunda opinión oncológica

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

2. Segunda opinión quirúrgica

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

3. Segunda opinión quirúrgica requerida

Es posible que solicitemos una segunda opinión antes de autorizar previamente un procedimiento quirúrgico. No deberá pagar ningún costo adicional cuando nosotros solicitemos una segunda opinión.

- La segunda opinión debe ser emitida por un especialista certificado por la Junta que lo examine personalmente.
- Si la primera opinión y la segunda no concuerdan, usted puede obtener una tercera opinión.
- Es posible que los asesores de la segunda y tercera opinión quirúrgica no le realicen la cirugía.

4. Segundas opiniones en otros casos

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

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

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

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

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

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

W. Cirugía maxilofacial
Cubrimos los siguientes procedimientos quirúrgicos dentales y orales limitados:

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

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

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

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

Z. Programa de telemedicina
Cubrimos consultas vía Internet entre usted y los proveedores que participan en nuestro programa de telemedicina para afecciones médicas que no sean una afección de emergencia. No todos los proveedores participantes participan en nuestro programa de telemedicina. Puede consultar nuestro directorio de proveedores o contactarnos para obtener una lista de los proveedores que participan en nuestro programa de telemedicina.

AA. Trasplantes
Cubrimos solo aquellos trasplantes que se determinen que no son experimentales ni de investigación. Los trasplantes cubiertos incluyen, entre otros, los trasplantes de riñón, córnea, hígado, corazón, páncreas, pulmón y médula ósea.

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

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

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

SECCIÓN X: DISPOSITIVOS, EQUIPOS Y BENEFICIOS ADICIONALES

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

A. Trastorno del espectro autista
Cubrimos los siguientes servicios cuando dichos servicios sean recetados o indicados por un médico o un psicólogo autorizados y nosotros hayamos determinado que son médicamente necesarios para la prueba de detección, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno del espectro autista. A los efectos de este beneficio, "trastorno del espectro autista" significa cualquier trastorno generalizado del desarrollo según lo definido en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en el momento en que se prestan los servicios.

1. Prueba de detección y diagnóstico
Cubrimos análisis, evaluaciones y pruebas para determinar si alguien padece del trastorno del espectro autista.

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

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

3. Tratamiento de salud del comportamiento
Cubrimos programas de asesoramiento y tratamiento que sean necesarios para desarrollar, mantener o recuperar, hasta el máximo nivel posible, el funcionamiento de una persona. Brindaremos dicha cobertura cuando sea proporcionada por un proveedor autorizado. Cubrimos el análisis de la conducta aplicada cuando sea realizado por un profesional de la salud autorizado o certificado especializado en análisis de la conducta aplicada. "Análisis de la conducta aplicada" hace referencia al diseño, la implementación y la evaluación de modificaciones del entorno, mediante la utilización de estímulos de la conducta y consecuencias, para producir mejoras socialmente significativas en la conducta humana, incluida la utilización de la observación directa, la medición y el análisis funcional de la relación entre el entorno y la conducta. El programa del tratamiento debe describir objetivos mensurables que traten la afección y las dificultades funcionales para las que se aplicará la intervención y debe incluir los objetivos desde una evaluación inicial y las evaluaciones interinas siguientes durante toda la intervención en términos objetivos y mensurables.

4. Atención psiquiátrica y psicológica
Cubrimos servicios directos o de consulta prestados por un psiquiatra, psicólogo o un trabajador social clínico autorizado con la experiencia requerida por la Ley de Seguros de Nueva York y autorizado en el estado en el que ejerce.

5. Atención terapéutica
Cubrimos servicios terapéuticos necesarios para desarrollar, mantener o recuperar, en la mayor medida posible, el funcionamiento de la persona cuando dichos servicios son prestados por terapeutas físicos, ocupacionales o del habla y trabajadores sociales con licencia o certificación para tratar el trastorno de espectro autista y cuando los servicios prestados por dichos proveedores están de otra forma cubiertos según este contrato. Salvo según lo prohíba la ley, los servicios prestados según este párrafo deben incluirse en cualquier máximo para consultas aplicables a los servicios de dichos terapeutas o trabajadores sociales que se rijan por este contrato.

6. Atención de farmacia
Cubrimos medicamentos recetados para tratar el trastorno del espectro autista que sean recetados por un proveedor legalmente autorizado para recetar según el Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York. La cobertura de dichos medicamentos recetados está sujeta a todas las condiciones, disposiciones y limitaciones que aplican a los beneficios para medicamentos recetados según este contrato.

7. Limitaciones
No cubrimos ningún servicio o tratamiento estipulados anteriormente cuando dicho servicio o tratamiento se proporcione conforme a un plan educativo individualizado según la Ley de Educación de Nueva York. La prestación de los servicios conforme a un plan de servicio familiar individualizado según la Sección 2545 de la Ley de Salud Pública de Nueva York, un plan educativo individualizado según el Artículo 89 de la Ley de Educación de Nueva York o un plan de servicio individualizado en conformidad con las disposiciones de la New York State Office for People With Developmental Disabilities no deberá afectar la cobertura según este contrato

para los servicios prestados de forma suplementaria fuera de un ámbito educativo si dichos servicios están recetados por un médico o un psicólogo autorizados.

Usted debe cumplir con las disposiciones sobre copagos o coseguros correspondientes, según este contrato, para servicios similares. Por ejemplo, cualquier copago o coseguro que se aplique a las visitas de terapia física generalmente se aplicará también a los servicios de terapia física cubiertos según este beneficio; y cualquier copago o coseguro por medicamentos recetados generalmente se aplicará también a los medicamentos recetados cubiertos según este beneficio. Consulte la sección **Tabla de beneficios** de este contrato para obtener información sobre los requisitos de costos compartidos que corresponden a los servicios aplicados de análisis del comportamiento y los dispositivos de comunicación asistida.

Nada en este contrato se interpretará de forma tal que afecte cualquier obligación de brindar cobertura para servicios de otro modo cubiertos únicamente sobre la base de que los servicios constituyen servicios del programa de intervención temprana conforme a la Sección 3235-a de la Ley de Seguros de Nueva York o un plan de servicios individualizado en cumplimiento con las regulaciones de la New York State Office for People with Developmental Disabilities.

B. Equipos, suministros y educación sobre autoadministración para la diabetes
Cubrimos equipos, suministros y educación sobre autoadministración para la diabetes si los recomienda o receta un médico u otro profesional de la salud legalmente autorizado para recetar según el Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York, como se describe a continuación:

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

- Tiras reactivas de acetona
- Tabletas reactivas de acetona
- Alcohol o peróxido por pintas
- Toallitas con alcohol
- Todas las preparaciones de insulina
- Kit de lanceta hematológica automática
- Cartuchos para las personas con problemas de vista
- Sistemas de gestión de datos sobre la diabetes
- Cartuchos desechables de insulina y para bolígrafo
- Dispositivos para dibujar para las personas con problemas de vista
- Equipo para el uso de la bomba
- Glucagón para inyectar a fin de elevar la concentración de glucosa en sangre
- Tiras reactivas de acetona para la glucosa
- Kit de glucosa
- Monitor de la glucosa con o sin funciones especiales para las personas con deficiencia visual, soluciones de control y tiras reactivas para el monitor de la glucosa en el hogar
- Cinta reactiva para la glucosa
- Análisis o tiras reactivas para la glucosa
- Ayudas para inyecciones
- Inyector (Busher) automático

- Insulina
- Entrega de cartuchos de insulina
- Dispositivos para la infusión de insulina
- Bombas de insulina
- Lancetas
- Agentes orales como tabletas y geles de glucosa
- Agentes orales antidiabéticos utilizados para reducir los niveles de azúcar en la sangre
- Jeringa con aguja, caja estéril de 1 cc
- Productos de prueba de orina para medir glucosa y cetonas
- Suministros adicionales, según designe como apropiados para el tratamiento de la diabetes el Comisionado de Salud del estado de Nueva York, por medio de una regulación

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

2. Educación sobre autoadministración

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

- Por un médico, otro proveedor de atención de la salud autorizado para recetar según el Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York, o su personal, durante una visita al consultorio
- Luego de la obtención de preautorización de su médico u otro proveedor de atención médica autorizado para recetar según el Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York a los siguientes educadores sobre la salud no médicos: enfermeros educadores sobre la diabetes certificados, nutricionistas certificados, dietistas certificados y dietistas registrados en un ámbito grupal cuando sea posible
- La educación también se impartirá en su hogar cuando sea necesario por motivos médicos

3. Limitaciones

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

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

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

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

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

1. Equipo médico duradero
El equipo médico duradero es un equipo que:

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

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

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

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

D. Audífonos

1. Prótesis auditivas externas

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

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

2. Implantes cocleares

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

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

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

E. Hospicio

Los cuidados de hospicio están disponibles si su médico tratante principal ha certificado que usted tiene seis meses de vida o menos. Cubrimos el cuidado de hospicio para pacientes internados en un hospital o un hospicio y los servicios de atención a domicilio y para pacientes ambulatorios prestados por el hospicio, incluidos los medicamentos y los suministros médicos. La cobertura se brinda para 210 días de cuidado de hospicio.

Cubrimos el cuidado de hospicio solo cuando se proporciona como parte de un programa de cuidado de hospicio certificado conforme al Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de Nueva York. Si la atención se brinda fuera del estado de Nueva York, el hospicio debe estar certificado a través de un proceso de certificación similar al requerido por el estado en el que se encuentra el hospicio. No ofrecemos cobertura para: acuerdos para funerales; asesoramiento pastoral, financiero o legal; empleada doméstica; cuidador; o atención de relevo.

F. Suministros médicos

Cubrimos los suministros médicos que son necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión que esté cubierta por este contrato. También cubrimos los suministros de mantenimiento (por ejemplo, suministros de ostomía) para las afecciones cubiertas por este contrato. Todos estos suministros deben proporcionarse en la cantidad adecuada para el tratamiento o programa de mantenimiento en curso. No cubrimos los suministros médicos de venta libre. Consulte la

sección **Equipos, suministros y educación sobre autoadministración para diabéticos** más arriba para obtener una descripción de la cobertura de suministros para diabéticos.

G. Prótesis

1. Dispositivos prostéticos externos

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

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

Los anteojos y los lentes de contacto no están cubiertos por esta sección del contrato y solo están cubiertos según la sección **Atención de la vista** de este contrato.

No cubrimos plantillas para zapatos.

Cubrimos las prótesis mamarias externas luego de una mastectomía; estas no están sujetas a ningún límite de por vida.
La cobertura incluye solo equipos estándares.

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

2. Dispositivos prostéticos internos

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

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

La cobertura incluye solo equipos estándares.

SECCIÓN XI: SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

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

A. Servicios hospitalarios
Cubrimos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados para atención o tratamientos intensivos proporcionados o indicados por un profesional de atención médica por una enfermedad o lesión de una gravedad tal que deba ser tratada de forma hospitalaria. Estos servicios incluyen:

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

Los requisitos de costos compartidos de la sección **Tabla de beneficios** de este contrato se aplican a una internación hospitalaria continua, es decir, días consecutivos de servicios hospitalarios recibidos como paciente hospitalizado o internaciones consecutivas si el alta y la nueva admisión en el hospital ocurren en un periodo no mayor de 90 días por las mismas causas o causas relacionadas.

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

C. Servicios médicos para pacientes hospitalizados
Cubrimos las visitas médicas de un profesional de la salud en cualquier día de atención a pacientes internados cubierta por este contrato.

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

Cubrimos además el uso de leche materna pasteurizada de donante para pacientes internados, que puede incluir complementos necesarios por motivos médicos, ordenado por un profesional de cuidado de la salud para un recién nacido que no puede recibir leche materna debido a un problema médico o físico, no puede ser amamantado o cuya madre no puede médica o físicamente producir leche materna en su totalidad o en cantidades suficientes 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 enfermedad congénita o adquirida que lo ponga en un alto riesgo de desarrollar enterocolitis necrotizante.

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

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

G. Servicios para recuperar las habilidades
Cubrimos los servicios para recuperar las habilidades de pacientes hospitalizados, que constan de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional durante 60 días por año del plan. El límite de visitas se aplica a todas las terapias combinadas.

H. Servicios de rehabilitación
Cubrimos los servicios de rehabilitación para pacientes internados que constan de terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional durante 60 días por año del plan. La visita corresponde a todas las terapias combinadas.

Cubrimos la terapia física y del habla solo cuando:
- Dicha terapia se relaciona con el tratamiento o diagnóstico de su enfermedad o lesión física.
- La terapia es indicada por un médico.
- Usted haya sido hospitalizado o sometido a una cirugía por dicha enfermedad o lesión.

Los servicios de rehabilitación cubiertos deben comenzar dentro de los seis meses de que ocurra lo siguiente:
- La fecha de la lesión o enfermedad que originó la necesidad de recibir terapia
- La fecha en la que usted es dado de alta de un hospital donde se le proporcionó el tratamiento quirúrgico
- La fecha en que se proporcionó la atención quirúrgica de pacientes ambulatorios

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

J. Atención al final de la vida
Si se le diagnostica cáncer avanzado y usted tiene menos de 60 días de vida, cubriremos la atención intensiva que se preste en un centro autorizado por el Artículo 28 o en un centro de atención intensiva que se especialice en la atención de pacientes con enfermedades terminales. Su médico tratante y el director médico del centro deben acordar que su atención se prestará de la forma adecuada en el centro. Si nosotros no estamos de acuerdo con su admisión en el centro, tenemos derecho a iniciar una apelación externa acelerada ante un agente de apelaciones externas. Cubriremos y reembolsaremos al centro por su atención, sujeta a cualquier límite aplicable en este contrato, hasta que el agente de apelaciones externas dé una decisión a nuestro favor.

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

1. Reembolsaremos una tarifa que se haya negociado entre nosotros y el proveedor.
2. En caso de que no haya una tasa negociada, reembolsaremos la atención intensiva a las tarifas actuales de atención intensiva de Medicare del centro.
3. En caso de que sea un nivel alternativo de atención, reembolsaremos al 75 por ciento de las tarifas de atención intensiva apropiadas de Medicare.

K. Limitaciones/términos de cobertura

- No cubriremos cargos adicionales por cuidados de enfermería especializada, cargos por habitaciones privadas (a menos que una habitación privada sea médicamente necesaria) ni los medicamentos y suministros que usted se lleve a su casa desde el centro. Si ocupa una habitación privada y dicha habitación no es médicamente necesaria, nuestra cobertura se basará en el cargo máximo por habitación semiprivada del centro. Usted deberá pagar la diferencia entre dicho cargo y el cargo por la habitación privada.
- No cubrimos los gastos de radio, teléfono ni televisión ni los servicios de belleza o peluquería.
- No cubrimos ningún cargo en el que se incurra después del día en el que le comuniquemos que ya no es necesario por motivos médicos que usted reciba atención para pacientes hospitalizados, a menos que nuestro rechazo sea anulado por un agente de apelaciones externas.

SECCIÓN XII: SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL Y POR ABUSO DE SUSTANCIAS

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

A. Servicios de atención de salud mental. Cubrimos los siguientes servicios de atención de salud mental para tratar una afección de salud mental. A los efectos de este beneficio, "afección de salud mental" significa cualquier trastorno de salud mental según se define en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

1. Servicios para pacientes hospitalizados

Cubrimos servicios de cuidado de la salud mental para pacientes internados, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de trastornos 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 internados para la atención de la salud mental se limita a los centros definidos por la Ley de Salud Mental de Nueva York, Sección 1.03(10), entre ellos:

- Un centro psiquiátrico o centro para pacientes internados bajo la jurisdicción de la New York State Office of Mental Health.
- Un centro de atención psiquiátrica para pacientes internados operada por un gobierno estatal o local.
- Una parte de un hospital que proporciona servicios de atención de salud mental para pacientes internados en virtud de un certificado de funcionamiento emitido por el Comisionado de Salud Mental del estado de Nueva York.
- Un programa de emergencia psiquiátrica integral u otro centro que brinde atención de salud mental para pacientes internados que cuente con un certificado de funcionamiento emitido por el Comisionado de Salud Mental del estado de Nueva York.

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

También cubrimos servicios de cuidado de la salud mental para pacientes internados, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de trastornos de salud mental, recibidos en centros que ofrecen tratamiento residencial, incluidos cargos por alojamiento y comida. La cobertura de los servicios de tratamiento residencial se limita a los centros definidos en la Sección 1.03 de la Ley de Salud Mental de Nueva York y a los centros de tratamiento residencial que forman parte de un centro de atención integral de los trastornos alimenticios identificados conforme al Artículo 30 de la Ley de Salud Mental de Nueva York; y, en otros estados, la cobertura se limita a los centros que están autorizados o certificados para proporcionar el mismo nivel de tratamiento. A falta de un centro autorizado o certificado que proporcione el mismo nivel de tratamiento, el centro deberá estar autorizado por la Joint Commission on Accreditation

of Health Care Organizations o una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros.

2. Servicios para pacientes ambulatorios
Cubrimos servicios de cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios, incluidos, entre otros, los servicios del programa de hospitalización parcial y los servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de afecciones de la salud mental. La cobertura de servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios incluye centros que cuentan con un certificado de operación conforme al Artículo 31 de la Ley de Salud Mental de Nueva York o que son operados por la New York State Office of Mental Health y, en otros estados, incluye centros autorizados o certificados de forma similar; también incluye los servicios prestados por un psiquiatra o psicólogo autorizado, un trabajador social clínico autorizado que tenga al menos tres años de experiencia adicional en psicoterapia, un enfermero practicante autorizado, un consejero de salud mental autorizado, un terapeuta de familia o de pareja autorizado, un psicoanalista autorizado, 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 autorizado por la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations o una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros.

B. Servicios para el abuso de sustancias. Cubrimos los siguientes servicios por abuso de sustancias para tratar un trastorno por abuso de sustancias. A los efectos de este beneficio, "trastorno por abuso de sustancias" significa cualquier trastorno por abuso de sustancias según se define en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

1. Servicios para pacientes hospitalizados
Cubrimos servicios por abuso de sustancias para pacientes internados, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias. Esto incluye cobertura de servicios de desintoxicación y rehabilitación para trastornos por abuso de sustancias. Los servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados se limitan a los centros del estado de Nueva York que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por la Oficina de Servicios para el Alcoholismo y Abuso de Sustancias (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 por abuso de sustancias para pacientes internados, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias, recibidos en centros que ofrecen tratamiento residencial, incluidos cargos por alojamiento y comida. La cobertura de servicios de tratamiento residencial se limita a los centros que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por la OASAS y, en otros estados, a aquellos centros que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por una agencia estatal similar y que estén acreditados por la 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 pacientes ambulatorios

Cubrimos los servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias, incluidos, entre otros, los servicios del programa de hospitalización parcial, los servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios, programas de tratamiento de adicciones a los opioides como los servicios de apoyo de pares, el asesoramiento y el tratamiento asistido con medicamentos. Dicha cobertura se limita a los centros del estado de Nueva York que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por la OASAS para proporcionar servicios asociados con el trastorno por abuso de sustancias; y, en otros estados, a aquellos centros que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por una agencia estatal similar y que estén acreditados por la 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 prestados por un proveedor acreditado por la OASAS. La cobertura también está disponible en el consultorio de un profesional para servicios asociados con el trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del alcoholismo, el abuso y la dependencia de sustancias, o bien, por médicos a los que se les haya concedido una exención conforme a la Ley federal de Tratamientos para la Drogadicción de 2000 para recetar medicamentos narcóticos del Programa III, IV y V para el tratamiento de la adicción a los opioides durante la etapa de desintoxicación intensiva del tratamiento o durante las etapas de la rehabilitación.

SECCIÓN XIII: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

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

A. Medicamentos recetados cubiertos

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

- En conformidad con la ley, deben incluir la leyenda "Caution: Federal Law prohibits dispensing without a prescription" (Precaución: prohibida su distribución sin receta por ley federal).
- Están aprobados por la FDA.
- Son indicados por un proveedor autorizado para recetar y dentro del alcance del ejercicio profesional del proveedor.
- Se recetan dentro de las pautas de dosis y administración de la FDA aprobadas.
- Son dispensados por una farmacia autorizada.

Entre los medicamentos recetados cubiertos se incluyen los siguientes:

- Medicamentos recetados autoinyectables/autoadministrados.
- Inhaladores (con espaciadores).
- Preparaciones dentales tópicas.
- Vitaminas prenatales, vitaminas con fluoruro y vitaminas individuales.
- Medicamentos y dispositivos para la osteoporosis aprobados por la FDA o equivalentes genéricos como sustitutos aprobados para el tratamiento de la osteoporosis y que cumplen con los criterios del programa federal Medicare o de los Institutos Nacionales de Salud.
- Fórmulas nutricionales para el tratamiento terapéutico de la fenilcetonuria, la cetonuria de cadena ramificada, la galactosemia y la homocistinuria.
- Fórmulas de nutrición enteral recetadas y no recetadas para uso en el hogar, ya sea para administración oral o para alimentación por sonda, para las cuales un doctor u otro proveedor autorizado han emitido una orden por escrito. La orden escrita debe indicar que la fórmula enteral es necesaria por motivos médicos y que se ha demostrado su eficacia como régimen de tratamiento para una enfermedad específica. Entre las enfermedades y los trastornos específicos se incluyen, entre otros: enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos; enfermedad de Crohn; reflujo gastroesofágico; motilidad gastroesofágica como pseudo obstrucción intestinal crónica y diversas alergias graves a los alimentos. Entre las diversas alergias a los alimentos se incluyen, entre otras: alergias a varias proteínas de alimentos, mediadas y no mediadas por 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 tubo digestivo.
- 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 indicados junto con un tratamiento o con servicios cubiertos según el beneficio de tratamiento de la infertilidad descrito en la sección **Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios** de este contrato.
- Medicamentos contra el cáncer usados de forma distinta de lo indicado en la etiqueta, siempre y cuando el medicamento recetado esté reconocido para el tratamiento del tipo específico de cáncer para el cual se receta en uno de los siguientes compendios de referencia: American Hospital Formulary Service-Drug Information, National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium, Thomson Micromedex DrugDex, Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology o cualquier otro compendio principal que esté identificado por la Federal Secretary of Health and Human Services o por los Centers for Medicare & Medicaid Services, o recomendado por un artículo de revisión o comentario editorial en una publicación profesional principal revisada por pares.
- Medicamento oral anticanceroso que se usa para anular o retrasar el desarrollo de células cancerosas.
- Medicamentos para dejar de fumar, incluidos medicamentos de venta libre para los cuales se cuenta con una orden por escrito y medicamentos recetados indicados por un proveedor.
- Medicamentos recetados preventivos, incluidos los medicamentos de venta libre para los cuales hay una orden escrita, proporcionados de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios 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 abuso de sustancias, incluidos los medicamentos para la desintoxicación, el mantenimiento y para revertir una sobredosis.
- Fármacos, dispositivos y otros productos anticonceptivos, incluso los fármacos, 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 pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA). La cobertura también incluye anticoncepción de emergencia cuando se proporciona de conformidad con una receta o cuando se proporciona legalmente sin receta. Puede solicitar cobertura para una versión alternativa de un fármaco, dispositivo u otro producto anticonceptivo si el fármaco, dispositivo u otro producto anticonceptivo cubierto no está disponible o se considera no aconsejable por motivos médicos, según lo determine su proveedor de cuidado de la salud.

Usted puede solicitar una copia de nuestro Formulario. Nuestro Formulario también está disponible en nuestro sitio web empireblue.com/nyessentialplan. Si desea preguntar si un medicamento específico está cubierto según este contrato, puede llamarnos al 800-300-8181 (TTY 711).

B. Reposiciones

Cubrimos las reposiciones de medicamentos recetados solo cuando se dispensen en una farmacia minorista o de pedido por correo, según lo indicado por un proveedor autorizado. No se brindarán beneficios para resurtidos cuando haya pasado un año desde la fecha escrita en la

receta original. Para gotas para ojos recetadas, permitimos el resurtido limitado del medicamento recetado antes del último día del periodo de dosis aprobado independientemente de cualquier restricción de cobertura sobre el resurtido temprano de renovaciones. En la mayor medida posible, la cantidad de gotas para ojos del resurtido temprano se limitará a la cantidad restante en la dosis que se dispensó en un primer momento. Su costo compartido para la reposición limitada es el monto que se aplica a cada receta o reposición según lo estipulado en la sección **Tabla de beneficios** de este contrato.

C. Información sobre beneficios y pagos

1. Gastos de costos compartidos

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

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

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

2. Farmacias participantes

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

- Los costos compartidos correspondientes.
- El costo del medicamento recetado para ese medicamento recetado.
- Su costo compartido jamás excederá el cargo usual y habitual del medicamento recetado.

3. Farmacias no participantes

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

4. Pedido por correo

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

- El costo compartido correspondiente.
- El costo de ese medicamento recetado.

Su costo compartido jamás excederá el cargo usual, habitual y razonable del medicamento recetado.

A fin de maximizar su beneficio, pídale a su médico una receta o un resurtido para un suministro para 90 días con resurtidos cuando correspondan (no un suministro para 30 días con tres resurtidos). Es posible que deba pagar el costo compartido por venta por correo para cualquier receta o resurtido que se envíe al proveedor de venta por correo, independientemente de la cantidad de días de suministro escritos en la receta o en el resurtido.

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

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

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

5. Determinación del nivel

El estado de clasificación por niveles de un medicamento recetado puede variar periódicamente, pero no más de cuatro veces por año calendario, o cuando un medicamento con nombre comercial está disponible como un medicamento genérico, somo se explica a continuación, en función de nuestras decisiones de clasificación por niveles. Estos cambios pueden realizarse sin que usted reciba una notificación previa. Sin embargo, si tiene una receta para un medicamento que se cambiará a un nivel más alto o que se eliminará de nuestro formulario, se lo comunicaremos al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Cuando se producen dichos cambios, su costo compartido puede variar. También puede solicitar una excepción al formulario para un medicamento recetado que ya no aparece en el formulario, como se detalla a continuación y en la sección **Apelación externa** de este contrato. Puede acceder al estado más actualizado de clasificación por niveles en nuestro sitio empireblue.com/nyessentialplan o llamando al 800-300-8181 (TTY 711).

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

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

7. Proceso de excepción al formulario
Si un medicamento recetado no está en nuestro formulario, usted, la persona que usted designe o su profesional de la salud que receta pueden solicitar una excepción al formulario para un medicamento recetado clínicamente apropiado por escrito, por vía electrónica o telefónicamente. La solicitud debe incluir una declaración de su proveedor de atención de la salud que emite recetas en la cual se indique que todos los medicamentos del formulario serán o han sido ineficaces, no serían tan eficaces como el medicamento no incluido en el formulario o tendrían efectos adversos. Si se deniega la cobertura según nuestro proceso de excepción al formulario estándar o acelerado, usted tiene derecho a una apelación externa como se indica en la sección **Apelación externa** de este contrato. Visite nuestro sitio web empireblue.com/nyessentialplan o llame al 800-300-8181 (TTY 711) para obtener más información sobre este proceso.

Revisión estándar de una excepción al formulario
Tomaremos una decisión y se la comunicaremos a usted o a la persona que usted designe y al proveedor de cuidado de la salud que emitió la receta, por teléfono y por escrito, dentro de las 72 horas de que recibamos su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento recetado mientras lo esté tomando, incluido cualquier resurtido.

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

8. Límites de suministros
Con excepción de los fármacos, dispositivos o productos anticonceptivos, no pagaremos más de un suministro para 30 días de un medicamento recetado comprado en una farmacia minorista. Usted debe pagar un monto del costo compartido para un suministro de hasta 30 días.

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

Se otorgarán beneficios para medicamentos recetados dispensados por una farmacia de pedido por correo por una cantidad que no supere el suministro para 90 días como máximo. Usted es

responsable de pagar dos montos y medio (2.5) de costos compartidos por un suministro para 90 días.

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

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

9. Suministro inicial limitado de medicamentos opioides recetados
Si recibe una receta inicial limitada para un suministro para siete días o menos de cualquier opioide de la Lista II, III o IV indicado para el dolor agudo, y usted tiene un copago, este será prorrateado. Si recibe un suministro adicional del medicamento recetado dentro del periodo de 30 días en el cual recibió el suministro para siete días, su copago por el suministro para 30 días restante también será prorrateado. En ningún caso, el/los copago/s prorrateado/s sumará/n más de su copago por un suministro para 30 días.

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

D. Administración médica
Este contrato incluye ciertas características que determinan cuándo deben cubrirse los medicamentos recetados. Estas se detallan a continuación. Como parte de estas características, se le puede solicitar al proveedor que emite sus recetas que brinde más detalles antes de que podamos decidir si el medicamento recetado es necesario por motivos médicos.

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

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

2. Terapia escalonada

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

3. Sustitución terapéutica

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

E. Limitaciones/términos de cobertura

Nos reservamos el derecho de limitar las cantidades, los suministros diarios, el acceso temprano a la reposición o la duración de la terapia para ciertos medicamentos según la necesidad médica, lo que incluye estándares médicos aceptables o pautas 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 se pagarán solo si su proveedor seleccionado, o un proveedor autorizado por su proveedor seleccionado, escribe

sus pedidos de medicamentos recetados o reposiciones. Si no elige dentro de los 31 días posteriores a la fecha en la que se lo notificamos, elegiremos una farmacia participante o un proveedor que emita recetas por usted.

2. Los medicamentos recetados compuestos se cubrirán solo cuando los ingredientes estén incluidos en el formulario y se obtengan de una farmacia que está aprobada para dispensar estos medicamentos compuestos. Todos los medicamentos recetados compuestos que cuesten más de $200 requieren que su proveedor obtenga una preautorización.

3. De manera ocasional, se utilizarán distintos protocolos específicos o generalizados de "administración de uso" para garantizar la utilización adecuada de los medicamentos. Dichos protocolos serán consecuentes con las pautas estándares de tratamiento médico o farmacológico. El principal objetivo de los protocolos es proporcionar a nuestros miembros un beneficio de medicamentos centrado en la calidad. En caso de que se implemente un protocolo de administración de uso y usted esté tomando uno o más medicamentos afectados por el protocolo, lo notificaremos con anticipación.

4. Los medicamentos inyectables (excepto los medicamentos inyectables autoadministrados) y la insulina para diabéticos, los hipoglucemiantes orales, y los suministros y equipos para diabéticos no están cubiertos conforme a esta sección, pero sí tienen cobertura conforme a otras secciones del presente contrato.

5. No cubrimos los cargos correspondientes a la administración o inyección de un medicamento recetado. Los medicamentos recetados aplicados o administrados en el consultorio de un médico están cubiertos según la sección **Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios** de este contrato.

6. No cubrimos los medicamentos que, por ley, no requieran una receta, a excepción de los medicamentos para dejar de fumar, los dispositivos o medicamentos preventivos de venta libre proporcionados de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por la HRSA o con una calificación "A" o "B" según el USPSTF, o según se estipule en el presente contrato. No cubrimos medicamentos recetados que tengan equivalentes no recetados de venta libre, excepto si han sido designados específicamente como cubiertos en el Formulario de medicamentos, o según se estipule de otra forma en el presente contrato. Los equivalentes no recetados son medicamentos que se encuentran disponibles sin una receta y que tienen el mismo nombre/entidad química que sus homólogos con receta. No cubrimos productos reempaquetados, como kits terapéuticos o paquetes de conveniencia que incluyan un medicamento recetado cubierto, salvo que el medicamento recetado solamente esté disponible como parte de un kit terapéutico o paquete de conveniencia. Los kits terapéuticos o paquetes de conveniencia contienen uno o más medicamentos recetados y pueden incluir artículos de venta libre, como guantes, dediles, toallas higiénicas o emolientes tópicos.

7. No cubrimos medicamentos recetados para reemplazar a aquellos que se han extraviado o han sido robados.

8. No cubrimos medicamentos recetados dispensados en hospitales, hogares de ancianos ni en otra institución o centro, o si usted es un paciente de atención a domicilio, excepto en aquellos casos donde el fundamento del pago que usted realiza o que se realiza en su nombre al hospital, hogar de ancianos, agencia de atención médica a domicilio o agencia de servicios de atención a domicilio u otra institución no incluye servicios para medicamentos.

9. Nos reservamos el derecho a rechazar beneficios que no se consideren médicamente necesarios o que sean experimentales o de investigación para cualquier medicamento recetado o administrado de manera contraria a la práctica médica estándar. Si se le niega la cobertura, usted tiene derecho a presentar una apelación, tal como se indica en las secciones **Revisión de utilización** y **Apelación externa** de este contrato.

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

F. Condiciones generales

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

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

G. Definiciones

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

1. Medicamento de marca: un medicamento recetado que: (1) se fabrica y se comercializa con un nombre comercial o una marca registrada de un fabricante de medicamentos específico, o

que (2) nosotros identificamos como medicamento de marca, según los recursos de datos disponibles. Puede que no todos los medicamentos recetados identificados como "de marca" por el fabricante, la farmacia o su médico sean para nosotros medicamentos de marca.

2. **Farmacia designada:** una farmacia que firmó un contrato con nosotros o con una organización que firma contratos en nuestro nombre para brindar medicamentos recetados específicos, incluidos entre otros, los medicamentos recetados especiales. El hecho de que una farmacia sea una farmacia participante no quiere decir que sea una farmacia designada.

3. **Formulario:** la lista que identifica aquellos medicamentos recetados para los cuales puede haber una cobertura disponible en virtud de este contrato. Esta lista está sujeta a nuestra revisión y modificación periódica (no más de cuatro veces por año calendario o cuando un medicamento con nombre de marca está disponible como un medicamento genérico). Para determinar qué nivel se le ha asignado a un medicamento recetado en particular, visite nuestro sitio web 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) que nosotros identificamos como medicamento genérico según los recursos de datos disponibles. Puede que no todos los medicamentos recetados identificados como "genéricos" por el fabricante, la farmacia o su médico sean para nosotros medicamentos genéricos.

5. **Farmacia no participante:** una farmacia que no ha firmado un contrato con nosotros para brindar medicamentos recetados a los suscriptores. No pagaremos recetas ni resurtidos suministrados en farmacias no participantes, salvo las descritas anteriormente.

6. **Farmacia participante:** una farmacia que:
   - Ha firmado contrato con nosotros o con nuestra persona designada para brindar medicamentos recetados a los miembros.
   - Ha acordado aceptar las tasas de reembolso especificadas para dispensar medicamentos recetados.
   - Ha sido designada por nosotros como una farmacia participante.

Una farmacia participante puede ser una farmacia minorista o de venta por correo.

7. **Medicamento recetado:** un medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la FDA y que puede, según la ley federal o estatal, ser suministrado únicamente conforme a una receta médica o resurtido, y que se encuentra en nuestro formulario. Un medicamento recetado incluye un medicamento que, debido a sus características, es adecuado para la autoadministración o para la administración por parte de un cuidador no especializado.

8. **Costo del medicamento recetado:** la tasa que acordamos pagar a nuestras farmacias participantes, lo que incluye una tarifa de suministro y cualquier tipo de impuesto a la venta, para un medicamento recetado cubierto adquirido en una farmacia participante. Si su contrato incluye cobertura en una farmacia no participante, el costo del medicamento recetado para un medicamento recetado adquirido en una farmacia no participante se calcula utilizando el

costo del medicamento recetado que se aplica para dicho medicamento recetado en particular en la mayoría de las farmacias participantes.

9. **Receta o reposición:** la directiva para dispensar un medicamento recetado emitida por un profesional de la salud debidamente autorizado que actúa dentro del alcance del ejercicio profesional.

10. **Cargo usual y habitual:** 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 exige la Sección 6826-a de la Ley de Educación de Nueva York.

SECCIÓN XIV: BENEFICIOS DE BIENESTAR

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

Solo tiene que seguir estos pasos para calificar:
1. Haga 50 sesiones de ejercicio en un gimnasio que reúna los requisitos durante cada periodo de seis meses dentro del año del plan de beneficios, que es el periodo de 12 meses de cobertura que comienza en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
   - Este programa de reembolso está basado en dos periodos de seis meses dentro del año de su plan de beneficios. Por ejemplo: si su fecha de entrada en vigencia es el 1.º de enero de 2019, el primer periodo de seis meses sería del 1.º de enero de 2019 al 30 de junio de 2019. El segundo periodo de seis meses sería del 1.º de julio de 2019 al 21 de diciembre de 2019.
2. Haga una sesión de ejercicio en un periodo de 24 horas. Debe haber ocho horas, como mínimo, entre cada sesión de ejercicio (pero no más de una por día calendario).
3. Decida cómo elegir su gimnasio y administre el reembolso del gimnasio:
   - **Opción uno**: Vaya a un gimnasio que reúna los requisitos, haga un seguimiento de las sesiones de ejercicio y envíe los formularios de Verificación de membresía del gimnasio (FCMV) y Reembolso del gimnasio. Un gimnasio calificado:
     - Está emplazado en los EE. UU. y abierto al público.
     - Cuenta con supervisión de personal. Esto quiere decir que, durante el horario operativo habitual, hay empleados que supervisan y asisten a los miembros. Los instructores de clases no forman parte del personal de supervisión.
     - Ofrece programas de entrenamiento para personas con sobrepeso, con problemas cardíacos o para flexibilidad.

     Consulte también la sección **Exclusiones y limitaciones** a continuación.
   - **Opción dos**: Inscríbase en el programa Active&Fit Direct™ (AFD) en exerciserewards.com. Una vez inscrito, AFD hace un seguimiento automático de sus visitas y administra la documentación relacionada con el reembolso por usted.

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

Cómo obtener el reembolso de los gastos de gimnasio
Nota: Si está inscrito en el programa AFD, **no necesita presentar nada** para obtener el reembolso.

Después de cada período de seis meses o cuando haya completado las 50 sesiones de ejercicio, puede obtener el reembolso de esta manera:
- **Complete** el formulario de Reembolso del gimnasio.
- **Proporcione el registro de ejercicios con las sesiones.**

- Utilice las copias impresas del gimnasio, si le ofrecen. Adjunte las copias al formulario de Reembolso del gimnasio.
- Complete el registro de ejercicios en el dorso del formulario de Reembolso del gimnasio. Un miembro del personal del gimnasio debe firmar o sellar la hoja del registro después de cada sesión de ejercicio.

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

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

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

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

Visite exerciserewards.com para conocer todos los detalles sobre el proceso 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
Tenga en cuenta lo siguiente sobre el Programa de reembolso de gastos de gimnasio:
- Los miembros menores de 19 años no reúnen los requisitos para obtener el reembolso.
- Los siguientes servicios y actividades no califican: servicios de rehabilitación, servicios de fisioterapia, clubes de campo, clubes sociales y equipos deportivos o ligas.
- Las tarifas 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), las tarifas 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 clase, o donde no haya personal que supervise no califican para el reembolso.
- Los reembolsos están basados en las tarifas 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 gastos de gimnasio no reúnen los requisitos.
- Las solicitudes de reembolso recibidas 120 días después de finalizado el año del plan de beneficios no reúnen los requisitos.

B. Programa de bienestar

1. Objetivo

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

2. Descripción

Ofrecemos beneficios en relación con la implementación o la participación en cualquiera de las siguientes acciones y actividades destinadas a promover la salud y el bienestar:
- Una herramienta de evaluación de riesgos de salud.
- Un programa para dejar de fumar designado
- Un programa de control del peso designado
- Un programa de control del estrés designado
- Un programa de prevención de lesiones para trabajadores designado
- Un programa de incentivos para hacer ejercicios o mejorar la salud designado
- Membresía de gimnasio o centro de salud
- Actividades de bienestar en línea designadas
- Actividades saludables designadas
- Autocontrol de enfermedades crónicas

3. Elegibilidad

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

4. Participación:

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

5. Recompensas

Las recompensas por participar en un programa de bienestar incluyen lo siguiente:

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

SECCIÓN XV: PROGRAMA DE DISEASE MANAGEMENT

Disease Management (Control de enfermedades)
Un programa de Disease Management (DM) puede ayudarlo a disfrutar más de la vida. Como parte de sus beneficios de Empire, estamos para ayudarlo a que conozca aún más sobre su salud, teniéndolo en cuenta a usted y sus necesidades en todo momento.

Nuestro equipo está formado por enfermeros certificados, llamados administradores de casos de DM, que lo ayudarán a controlar mejor su afección o problema de salud. Puede optar por participar en un programa de DM sin costo alguno.

¿Qué programas ofrecemos?
Puede participar en un programa de Disease Management para obtener cuidado de la salud y servicios de apoyo, si tiene alguna de las siguientes afecciones:

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

Cómo funciona
Si elige participar de uno de nuestros programas DM, su administrador de casos del programa hará lo siguiente:

- Lo ayudará a establecer metas de salud y a elaborar un plan para alcanzarlas.
- Le brindará capacitación y apoyo mediante llamadas individuales.
- Controlará su progreso.
- Le brindará información acerca de los recursos de apoyo locales y cuidadores.
- Responderá preguntas acerca de su afección o del plan de tratamiento (que incluye maneras de controlar los problemas de salud).
- Le enviará materiales informativos para que conozca acerca de su afección y de su salud y bienestar generales.
- Coordinará su cuidado con los proveedores de cuidado de la salud; por ejemplo:
  - Programará citas.
  - Lo ayudará a asistir a las visitas con el proveedor de cuidado de la salud.
  - Lo referirá a especialistas dentro de nuestro plan de salud, si fuera necesario.
  - Conseguirá los equipos médicos que usted necesite.
- Le ofrecerá herramientas y materiales educativos para controlar su peso y dejar de fumar y consumir tabaco.

Nuestro equipo de DM y su proveedor de cuidado primario (PCP) lo ayudarán con sus necesidades de cuidado de la salud.

Cómo inscribirse
Si califica, le enviaremos una carta de bienvenida al programa de DM. O bien, llámenos a la línea gratuita 888-830-4300 (TTY 711), de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local.

Cuando llame, haremos lo siguiente:
- Conectarlo con un administrador de casos de DM para comenzar.
- Hacerle algunas preguntas acerca de su salud o la de su hijo.
- Comenzar a trabajar con usted para elaborar su plan o el de su hijo.

También puede enviarnos un mensaje de correo electrónico a dmself-referral@empireblue.com.

Los correos electrónicos son, por lo general, seguros; sin embargo, existe el riesgo de que terceros puedan acceder a ellos sin que usted lo sepa. Si opta por enviar su información por correo electrónico, reconoce y comprende que existe la posibilidad de que terceros accedan al correo sin que usted lo sepa.

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

Números de teléfono útiles
En caso de emergencia, llame al 911.

Disease Management
Línea gratuita: 888-830-4300 (TTY 711)
De lunes a viernes
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 24/7 NurseLine (Línea de enfermería de 24/7).
Las 24 horas del día, los siete días de la semana.
800-300-8181 (TTY 711)

Derechos y obligaciones del programa DM
Si se inscribe en un programa de DM, tiene ciertos derechos y obligaciones. Tiene derecho a lo siguiente:
- Obtener información detallada sobre nosotros, que incluye lo siguiente:
  - Programas y servicios que proporcionamos.
  - Nuestro personal y sus aptitudes (competencias o formación).
  - Toda relación contractual (acuerdos que tengamos con otras empresas).
- Optar por dejar de recibir los servicios del programa DM.
- Conocer quién es el administrador de casos de DM responsable de gestionar sus servicios de DM y cómo solicitar un cambio.

- Obtener nuestro apoyo para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud con sus proveedores de cuidado de la salud.
- Preguntar acerca de todas las opciones de tratamiento relacionadas con el control de enfermedades (opciones de maneras para mejorar) mencionadas en las pautas clínicas (aun si un tratamiento no fuera parte de su plan de salud) y analizarlas con los proveedores de cuidado de la salud responsables.
- Hacer que sus datos personales e información médica se mantengan de forma confidencial.
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo garantizamos la protección, privacidad y confidencialidad de dicha información.
- Recibir un trato educado y respetuoso por parte de nuestro personal.
- Obtener información clara y fácil de comprender.
- Presentar reclamaciones ante Empire llamando a la línea gratuita 888-830-4300 (TTY 711), de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local y:
    - Obtener ayuda sobre cómo usar el proceso de reclamaciones.
    - Saber cuánto tiempo tiene Empire para responder y resolver problemas de calidad y reclamaciones.
    - Dejarnos sus comentarios acerca del programa de Disease Management.

Usted también tiene las siguientes obligaciones:

- Respetar el plan de cuidados que usted y su administrador de casos de DM acordaron.
- Brindarnos la información que necesitamos para prestar nuestros servicios.
- Informarnos a nosotros y a sus proveedores de cuidado de la salud si decide cancelar la suscripción al programa (dejar de participar en el programa).

Los programas de Disease Management no comercializan productos o servicios de compañías externas a nuestros miembros. DM no posee ni lucra con compañías externas por los productos y servicios que ofrecemos.

SECCIÓN XVI: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Este contrato no brinda cobertura para lo siguiente:

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

B. Atención para convalecientes y de custodia
No cubrimos servicios relacionados con curas de descanso, atención de custodia ni transporte. La "atención de custodia" implica ayuda para trasladarse, comer, vestirse, asearse, ir al baño y otras actividades similares. La atención de custodia no incluye servicios cubiertos que se determinen que son 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 los comportamientos, 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 el asesoramiento o la terapia para una persona que busca someterse a un cambio de sexo o que está en el proceso de someterse a un cambio de sexo, que proporcionan aceptación, apoyo y comprensión de una persona o que facilitan estrategias de enfrentamiento, apoyo social y desarrollo y exploración de la identidad de una persona, incluidas las intervenciones 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 cosméticos, medicamentos recetados ni cirugías, a menos que se indique lo contrario, salvo que la cirugía cosmética no incluya la cirugía reconstructiva cuando dicho servicio es producto de un traumatismo, una infección o enfermedades de la parte involucrada, y la cirugía reconstructiva debido a una enfermedad o anomalía congénitas de un hijo cubierto, que ha generado un defecto funcional. También cubrimos servicios relacionados con la cirugía reconstructiva después de una mastectomía, tal como se detalla en otra sección de este contrato. La cirugía cosmética no incluye cirugías que se han determinado como médicamente necesarias. Si se presenta una reclamación por un procedimiento indicado en 11 NYCRR 56 (p. ej., ciertas cirugías plásticas y procedimientos dermatológicos) de manera retrospectiva y sin la información médica, ningún rechazo estará sujeto al proceso de revisión de utilización de las secciones **Revisión de utilización** y **Apelación externa** de este contrato, a menos que se presente información médica.

E. Cobertura fuera de los Estados Unidos, Canadá o México
No cubrimos atención ni tratamiento proporcionados fuera de los Estados Unidos, sus colonias, Canadá o México, excepto en el caso de los servicios de emergencia, servicios médicos de emergencia prehospitalarios y servicios de ambulancia para tratar una afección de emergencia.

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

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

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

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

J. Institución gubernamental
No cubrimos atención ni tratamiento brindados en un hospital perteneciente o administrado por una entidad federal, estatal o gubernamental, excepto que la ley exija lo contrario o que lo trasladen a ese hospital porque es más cercano al lugar donde sufrió una lesión o se enfermó y se le proporcionen allí los servicios de emergencia para tratar su afección de emergencia.

K. Necesario por motivos médicos
En general, no cubrimos ningún servicio de atención médica, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo ni medicamento recetado que no consideremos médicamente necesario. Sin embargo, si un agente de apelaciones externas autorizado por el estado anula nuestro rechazo, cubriremos el procedimiento, tratamiento, servicio o medicamento recetado para el cual se rechazó la cobertura, en la medida en que dicho procedimiento, tratamiento, servicio o medicamento recetado esté cubierto según las condiciones de este contrato.

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

M. Servicio militar
No cubrimos enfermedades, tratamientos ni afecciones médicas que surjan como consecuencia de la participación en servicios del ejército o en unidades auxiliares.

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

O. Servicios no mencionados
No cubrimos servicios que no estén incluidos en este contrato.

P. Servicios prestados por un familiar
No cubrimos los servicios prestados por un miembro de la familia directa de la persona cubierta. "Familia directa" hace referencia a su hijo, hija, cónyuge, madre, padre, hermana o hermano o los de su cónyuge.

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

R. Servicios sin cargo
No cubrimos servicios que generalmente se realizan sin cargo.

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

T. Guerra
No cubriremos enfermedades, tratamientos ni afecciones médicas que surjan como consecuencia de guerras, declaradas o no declaradas.

U. Compensación para trabajadores
No cubrimos servicios cuyos beneficios son otorgados por cualquier Compensación para trabajadores, responsabilidad del empleador o ley de enfermedades ocupacionales estatales o federales.

SECCIÓN XVII: DETERMINACIONES DE RECLAMACIONES

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

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

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

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

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

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

F. Determinaciones de reclamaciones previas al servicio

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

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

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

G. Determinaciones de reclamaciones posteriores al servicio

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

H. Pago de reclamaciones

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

SECCIÓN XVIII: PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS

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

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

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

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

C. Determinación de quejas
Su queja será revisada por personal calificado o, si se trata de un asunto clínico, será revisada por un profesional de atención de la salud autorizado, certificado o registrado. Tomaremos una decisión acerca de la queja y se la comunicaremos dentro de los siguientes plazos:

Quejas aceleradas/urgentes:	Por teléfono, en un plazo de 48 horas de recibir toda la información necesaria o de 72 horas de recibir la queja, lo que suceda antes. Le enviaremos un aviso por escrito en un plazo de 72 horas de recibir su queja.
Quejas anteriores al servicio: (una solicitud para un servicio o tratamiento que aún no se ha proporcionado).	Por escrito, en un plazo de 15 días calendario de recibir su queja.
Quejas posteriores al servicio: (una reclamación de un servicio o tratamiento que ya se ha proporcionado).	Por escrito, en un plazo de 30 días calendario de recibir su queja.
Todas las demás quejas: (que no se relacionen con una reclamación o solicitud de un servicio o tratamiento).	Por escrito, en un plazo de 30 días calendario de recibir su queja, pero no más de 45 días calendario de recibir toda la información necesaria.

D. Asistencia
Si aún no está conforme con nuestra determinación sobre su queja, o si no está conforme en cualquier otro momento, puede:

Llamar al New York State Department of Health al 800-206-8125 o escribirles a la siguiente dirección:
New York State Department of Health
Office of Health Insurance Programs
Bureau of Consumer Services – Complaint Unit
Corning Tower – OCP Room 1609
Albany, NY 12237
Correo electrónico: managedcarecomplaint@health.ny.gov
Sitio web: health.ny.gov

Llamar al New York State Department of Financial Services al 800-342-3736 o escribirles a la siguiente dirección:
New York State Department of Financial Services
Consumer Assistance Unit
1 Commerce Plaza
Albany, NY 12257
Sitio web: dfs.ny.gov

Si necesita ayuda para presentar una queja, también puede comunicarse con el Programa independiente estatal de asistencia al consumidor, a la siguiente dirección:
Community Health Advocates
633 Third Ave., 10th Floor
New York, NY 10017
O llamar a la línea gratuita: 888-614-5400
Correo electrónico: cha@cssny.org
Sitio web: www.communityhealthadvocates.org

SECCIÓN XIX: REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

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

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

Hemos desarrollado pautas y protocolos para que nos asistan en el 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. Las pautas y protocolos específicos están disponibles para que los revise a solicitud. 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 relacionada con una revisión de preautorización, tomaremos la determinación y le avisaremos a usted (o a la persona designada por usted) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en el plazo de tres (3) días hábiles de la recepción de la solicitud.

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

15 días calendario de la recepción de parte de la información solicitada o la finalización del 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, tomaremos una determinación y se la comunicaremos a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor, por teléfono, dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Le enviaremos un aviso escrito dentro de los tres días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en 24 horas. Entonces, usted y su proveedor tendrán 48 horas para presentar la información. Tomaremos una determinación y se la comunicaremos a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la información o cuando finalice el periodo de 48 horas, lo que suceda primero. Le enviaremos una notificación escrita dentro de los tres días hábiles posteriores a la recepción de la información o de los tres días calendario posteriores a la notificación verbal, lo que suceda primero.

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

4. Revisiones de servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados. Luego de recibir una solicitud de preautorización para la cobertura de servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados después de una admisión en un hospital para pacientes hospitalizados 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, dentro de un día hábil de recibir la información necesaria.

C. Revisiones simultáneas

1. Revisiones simultáneas no urgentes

Se tomarán las decisiones sobre la revisión de utilización para los servicios durante la atención (revisiones simultáneas) y se le dará aviso a usted (o a la persona que usted designe), por teléfono y por escrito, dentro de un día hábil posterior a la recepción de toda la información necesaria. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en el plazo de un día hábil. Entonces, usted y su proveedor tendrán 45 días calendario para presentar la información. Tomaremos una determinación y le enviaremos un aviso (o se lo enviaremos a la persona que usted designe), por teléfono o por escrito, en el plazo de un día hábil a partir de que recibamos la información o, si no recibimos la información, en el plazo de 15 días calendario desde la

recepción de parte de la información solicitada o 15 días calendario desde la finalización del periodo de 45 días, lo que ocurra primero.

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

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

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

4. Revisiones de tratamientos para el trastorno por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados
Si recibimos una solicitud para un tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias para un paciente internado con 24 horas de antelación al alta de una admisión para el tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias para un paciente internado, tomaremos una determinación dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud y proporcionaremos la cobertura mientras esté pendiente nuestra determinación.

5. Tratamiento del trastorno por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados en centros participantes certificados por la OASAS
La cobertura para el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias como paciente internado en un centro participante certificado por la OASAS no está sujeta a preautorización. La cobertura no estará sujeta a la revisión concurrente durante los primeros 28 días de la admisión del paciente internado, si el centro certificado por la OASAS nos notifica tanto la admisión como el plan de

tratamiento inicial en el término de dos días hábiles a partir de la fecha de admisión. Después de los primeros 28 días de la admisión del paciente internado, podemos revisar la estadía completa para determinar si es necesaria por motivos médicos. Si se rechaza una parte de la estadía por no ser necesaria por motivos médicos, usted solamente debe pagar el costo compartido dentro de la red que, de cualquier otro modo, hubiera correspondido para su admisión como paciente internado.

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

No está sujeta a preautorización la cobertura para pacientes ambulatorios, pacientes ambulatorios en terapia intensiva, la rehabilitación y el tratamiento con opioides para pacientes ambulatorios en un centro participante certificado por la OASAS. La cobertura no estará sujeta a la revisión simultánea 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 del inicio del tratamiento como del plan de tratamiento inicial en el término de dos días hábiles. Después de las primeras 2 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 necesario por motivos médicos, y utilizaremos las herramientas de revisión clínica designadas por la OASAS. Si se rechaza una parte del tratamiento para pacientes ambulatorios por no ser necesario por motivos médicos, usted solo debe pagar el costo compartido dentro de la red que, de cualquier otro modo, hubiera correspondido para su tratamiento para pacientes ambulatorios.

D. Revisiones retrospectivas

Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación sobre una reclamación retrospectiva, tomaremos la determinación y se la notificaremos dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de 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 proveer la información. Tomaremos una determinación y le enviaremos un aviso a usted por escrito, 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.

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

E. Revisión retrospectiva de servicios con preautorización

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

- La información médica pertinente que se nos presenta al momento de la revisión retrospectiva es sustancialmente diferente de la información presentada durante la revisión de la preautorización.
- La información médica pertinente que se nos presenta al momento de la revisión retrospectiva existió al momento de la preautorización, pero fue retenida o no se puso a nuestra disposición.
- No sabíamos de la existencia de dicha información al momento de la revisión de la preautorización.

- De haber tomado conocimiento de tal información, el tratamiento, servicio o procedimiento solicitado no se hubiera autorizado. La determinación se toma utilizando los mismos estándares, criterios o procedimientos específicos que se utilizaron durante la revisión de la preautorización.

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

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

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

3. Revisión acelerada. Si tiene una afección médica que pone su salud en grave riesgo sin el medicamento recetado por su profesional de atención de la salud, 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 el fundamento y la documentación de respaldo requeridos no se envían junto con la solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada, solicitaremos la información dentro de las 72 horas para la preautorización y las revisiones retrospectivas, en el plazo que sea menor entre 72 horas o un día hábil para las revisiones simultáneas, y 24 horas para las

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

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

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

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

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

Tiene hasta 180 días calendario luego de recibir el aviso de la determinación adversa para presentar una apelación. Responderemos a su solicitud de una apelación interna dentro de los

15 días calendario de recibida su solicitud. Esta respuesta incluirá el nombre, domicilio y número de teléfono de la persona que maneja su apelación y, de ser necesario, se le informará de cualquier información adicional que se necesite antes de que se pueda tomar una decisión. Un revisor colega clínico que no esté subordinado al revisor colega clínico que tomó la determinación inicial adversa y que sea (1) un médico o (2) un profesional de atención de la salud de la misma especialidad, o una similar, que el proveedor que normalmente controla la enfermedad o afección en cuestión decidirá la apelación.

1. **Denegación de servicios fuera de la red.** También tiene derecho a apelar la denegación de una solicitud de preautorización para un servicio de salud fuera de la red cuando determinemos que el servicio de salud fuera de la red no es significativamente diferente de uno de los servicios de salud disponibles dentro de la red. Una denegación de un servicio de salud fuera de la red es un servicio prestado por un proveedor no participante, pero solo si el servicio no está disponible por parte de un proveedor participante. En el caso de una apelación de revisión de utilización por la denegación de un servicio de salud fuera de la red, usted, o la persona que usted designe, debe presentar:
   - Una declaración por escrito de su médico tratante, quien debe estar autorizado, contar con la autorización del Colegio de Médicos o ser un médico que reúna los requisitos del Colegio de Médicos para desempeñarse en un área de especialidad adecuada para tratar su afección, en la que se explique que el servicio de salud fuera de la red que se solicita es significativamente diferente del servicio de salud alternativo disponible por medio de un proveedor participante aprobado por nosotros para tratar su afección; y
   - Dos (2) documentos de la evidencia médica y científica disponible que indique 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 la autorización.** También tiene derecho a apelar la denegación de una solicitud de referencia, una autorización de un proveedor no participante si determinamos que contamos con un proveedor participante con la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención de la salud particulares que pueda proporcionar el servicio de atención de la salud solicitado. En caso de una apelación de revisión de utilización de una referencia fuera de la red o una denegación de autorización, usted, o la persona que usted designe, debe presentar una declaración por escrito de su médico tratante, quien debe estar autorizado, contar con la autorización del Colegio de Médicos o ser un médico que reúna los requisitos del Colegio de Médicos para desempeñarse en un área de especialidad adecuada para tratar su afección, en la que:
   - Se explique que el proveedor participante recomendado por nosotros no cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades del servicio de atención de la salud particulares; y
   - Se recomiende a un proveedor no participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención de la salud particulares que pueda proporcionar el servicio de atención de la salud solicitado.

I. Apelación estándar

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

2. **Apelación retrospectiva.** Si su apelación se relaciona con una reclamación retrospectiva, tomaremos una decisión sobre la apelación en un plazo de 30 días calendario de recibir la información necesaria para llevar a cabo la apelación o 60 días de recibir la apelación, lo que suceda antes. Se le enviará a usted (o a la persona que usted designe) un aviso por escrito de la determinación y, si corresponde, también a su proveedor, dentro de los dos días hábiles luego de que se tome la determinación, pero antes de los 60 días calendario luego de que se reciba la solicitud de apelación.

3. **Apelación acelerada.** Una apelación de una revisión de servicios de atención de la salud continuados o extendidos, servicios adicionales proporcionados durante un tratamiento continuo, servicios de atención de la salud a domicilio luego 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 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 un acceso razonable al revisor clínico externo asignado a la apelación dentro de un día hábil de recibida la solicitud de apelación. Su proveedor y el revisor clínico externo pueden intercambiar información por teléfono o por fax. Una apelación acelerada se determinará dentro de las 72 horas de recibida la apelación o de dos días hábiles de recibida la información necesaria para procesar la apelación, lo que suceda primero. Se le enviará a usted (o a la persona que usted designe) un aviso por escrito de la determinación dentro de las 24 horas luego de que se tome la determinación, pero antes de las 72 horas luego que se reciba la solicitud de apelación.

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

4. **Apelación por abuso de sustancias.** Si denegamos una solicitud de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados que se presenta, al menos, 24 horas antes del alta de una admisión como paciente hospitalizado, y usted o su proveedor presentan una apelación interna acelerada de nuestra determinación adversa, tomaremos una decisión sobre la apelación dentro de las 24 horas de recibir la solicitud de apelación. Si usted o su proveedor presentan una apelación interna acelerada y una apelación externa acelerada dentro de las 24 horas de recibida nuestra determinación adversa, también brindaremos cobertura para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes

hospitalizados mientras esté pendiente una determinación de la apelación interna y de la apelación externa.

J. Revisión completa e imparcial de una apelación
Le proporcionaremos, sin cargo, toda prueba 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 pruebas o el fundamento se proporcionarán tan pronto como sea posible y con la antelación suficiente a la fecha en la que se le debe enviar el aviso de determinación adversa final a fin de otorgarle una oportunidad razonable para que pueda responder antes de esa fecha.

K. Asistencia para presentar apelaciones
Si necesita ayuda para presentar una apelación, puede comunicarse con el Consumer Assistance Program estatal independiente a la siguiente dirección:
Community Health Advocates
633 Third Ave., 10th Floor
New York, NY 10017
O llamar a la línea gratuita: 888-614-5400
Correo electrónico: cha@cssny.org
Sitio web: communityhealthadvocates.org

SECCIÓN XX: APELACIÓN EXTERNA

A. Su derecho a una apelación externa
En algunos casos, tiene el derecho a una apelación externa por una denegación de cobertura. Si denegamos cobertura sobre la base de que un servicio no es médicamente necesario (que incluye pertinencia, entorno del centro de salud, nivel de atención o efectividad de un beneficio cubierto), o es un tratamiento experimental o de investigación (que incluye pruebas clínicas y tratamientos para enfermedades poco comunes), o es un tratamiento fuera de la red, usted o su representante pueden apelar esa decisión ante un agente de apelación externa, un tercero independiente autorizado por el estado para procesar dichas apelaciones.

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

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

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

C. Su derecho a apelar una determinación de que un servicio es experimental o de investigación
Si hemos denegado la cobertura sobre la base de que el servicio es un tratamiento experimental o de investigación (que incluye ensayos clínicos y tratamientos para enfermedades poco frecuentes), usted debe cumplir con los dos requisitos para una apelación externa anteriormente detallados en el párrafo “A” y su médico tratante debe certificar que usted tiene una afección o enfermedad para la cual:

1. Los servicios de salud estándares son ineficaces o médicamente inapropiados
2. No existe un servicio o procedimiento estándar que cubramos que sea más beneficioso, o
3. Existe una prueba clínica o un tratamiento para una enfermedad poco común (tal como lo define la ley)

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

1. Un servicio, procedimiento o tratamiento que dos documentos que forman parte de la evidencia científica y médica disponible indican que posiblemente sea más beneficioso para usted que cualquier servicio cubierto estándar (solo se considerarán ciertos documentos para respaldar esta recomendación; su médico tratante debe contactar al Estado para obtener información actual sobre cuáles documentos serán considerados o aceptados)
2. Un ensayo clínico para el cual usted es elegible (solo pueden considerarse ciertos ensayos clínicos)
3. Un tratamiento para una enfermedad poco común y para el cual su médico tratante certifica que no existe un tratamiento estándar que pueda ser más beneficioso desde el punto de vista clínico para usted que el servicio solicitado; el servicio solicitado puede beneficiarlo en el tratamiento de su enfermedad poco común; y que dicho beneficio es mayor que el riesgo de ese servicio. Además, su médico tratante debe certificar que su afección es una enfermedad poco común que actualmente está, o que estuvo previamente, sujeta a un estudio de investigación por parte de los Institutos Nacionales de la Red de Investigación de Enfermedades Poco Comunes (National Institutes of Health Rare Disease Clinical Research Network) o que afecta a menos de 200,000 residentes estadounidenses por año.

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

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

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

Además, su médico tratante debe certificar que el servicio fuera de la red es sustancialmente diferente 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 debe estar certificado, autorizado por el Colegio de Médicos o ser un médico que reúna los requisitos conforme al Colegio de Médicos para desempeñarse en un área de especialización adecuada para tratarlo con dicho servicio de salud.

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

Si hemos denegado la cobertura de una solicitud de autorización para un proveedor no participante porque determinamos que contamos con un proveedor participante con la

capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención médica particulares que puede proporcionar el servicio de atención médica solicitado, usted puede apelar ante un agente de apelación externa si cumple con los dos requisitos para una apelación externa anteriormente detallados en el párrafo "A".

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

A los fines de esta sección, su médico tratante debe estar autorizado, 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 la cobertura de un medicamento recetado que se encuentra fuera del formulario a través de nuestro proceso de excepción al formulario, usted, la persona que usted designe o el profesional de la salud que emite la receta pueden apelar la denegación de excepción al formulario ante un agente de apelaciones externas. Para obtener más información sobre el proceso de excepción al formulario, consulte la sección **Cobertura de medicamentos recetados** de este contrato.

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

Si presenta una apelación externa porque incumplimos los requisitos del proceso de reclamaciones, tiene cuatro meses desde tal incumplimiento para presentar una solicitud por escrito para una apelación externa.

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

Si el agente de apelaciones externas determina que la información que usted presentó representa un cambio significativo con respecto a la información sobre la cual nosotros basamos nuestra denegación, el agente compartirá esta información con nosotros a fin de que podamos ejercer

nuestro derecho a reconsiderar nuestra decisión. Si decidimos ejercer este derecho, tendremos tres días hábiles para modificar o confirmar nuestra decisión. Tenga en cuenta que, en el caso de una apelación externa acelerada (detallada a continuación), no tenemos derecho a reconsiderar nuestra decisión.

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

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

Si su solicitud de excepción al formulario interno recibió una revisión estándar a través de nuestro proceso de excepción al formulario, el agente de apelación externa debe tomar una decisión sobre su apelación externa y comunicársela a usted o a la persona que usted designe y al profesional de atención de la salud por teléfono dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud completa. El agente de apelación externa le comunicará a usted o a la persona que usted designe y al profesional de cuidado de la salud por escrito dentro de los dos días hábiles de tomar una determinación. Si el agente de apelación externa anula nuestra denegación, cubriremos el medicamento recetado mientras lo esté tomando, incluidos los resurtidos.

Si su solicitud de excepción al formulario interno recibió una revisión acelerada a través de nuestro proceso de excepción al formulario, el agente de apelación externa debe tomar una decisión sobre su apelación externa y comunicársela a usted o a la persona que usted designe y al profesional de atención de la salud por teléfono dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud completa. El agente de apelación externa le comunicará a usted o a la persona que usted designe y al profesional de cuidado de la salud por escrito dentro de los dos días hábiles de tomar una determinación. Si el agente de apelación externa anula nuestra denegación, cubriremos el medicamento recetado mientras usted padezca la afección que puede poner en peligro su salud, su vida o su capacidad para recuperar al máximo sus funciones o mientras dure su tratamiento actual que utiliza el medicamento recetado que no está en el formulario.

Si el agente de apelaciones externas anula nuestra decisión de que un servicio no es médicamente necesario o aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación o de un

tratamiento fuera de la red, nosotros le proporcionaremos la cobertura sujeta a los demás términos y condiciones de este contrato. Tenga en cuenta que, si el agente de apelaciones externas aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación que es parte de un ensayo clínico, solo cubriremos el costo de los servicios solicitados para proporcionarle tratamiento de acuerdo con el diseño del ensayo. No pagaremos los costos de los medicamentos o dispositivos de investigación, los costos de los servicios que no sean de atención médica, los costos de la administración de la investigación, ni los costos que no serían cubiertos según este contracto para tratamientos que no sean de investigación proporcionados en el ensayo clínico.

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

H. Sus obligaciones
Es su obligación iniciar el proceso de apelación externa.
Puede iniciar el proceso de apelación externa presentando una solicitud completa ante el New York State Department of Financial Services. Puede designar un representante para que lo ayude con la solicitud. Sin embargo, el Department of Financial Services puede contactarlo y solicitarle que confirme por escrito que ha designado a ese representante.

Según las leyes del estado de Nueva York, su solicitud completa para una apelación externa debe presentarse dentro de los cuatro meses ya sea desde la fecha en la que recibió la determinación adversa final, o desde la fecha en la que recibió una anulación por escrito de cualquier apelación interna, o nuestra falta de cumplimiento con los requisitos del procedimiento de reclamaciones. No tenemos la autoridad para extender este plazo.

SECCIÓN XXI: FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

A. Finalización automática de este contrato

1. En el momento de su fallecimiento
2. Cuando cumpla 65 años, su cobertura terminará a fin del mes en el que cumpla esa edad o pase a ser elegible para Medicare
3. Cuando pase a ser elegible para Medicaid o se inscriba en el Programa Medicaid, su cobertura terminará a fin del mes en el que se determine que es elegible para Medicaid
4. Cuando su ingreso supere el 200% del nivel de pobreza federal, su cobertura terminará a fin del mes en el que haya cambiado su ingreso
5. Cuando se haya modificado su estatus de inmigración y pase a ser elegible para recibir otra cobertura, incluso Medicaid, su cobertura terminará a fin del mes antes de que se determine que es elegible para Medicaid
6. Cuando se inscriba en un programa diferente a través del NY State of Health Marketplace
7. Cuando se haya inscrito en un seguro de salud asequible patrocinado por el empleador

B. Finalización por parte del miembro

Usted puede finalizar este contrato en cualquier momento enviando a NYSOH un aviso escrito con 14 días de anticipación.

C. Finalización por nuestra parte

Podemos finalizar este contrato con un aviso escrito con 30 días de anticipación por los siguientes motivos:

1. **Incumplimiento del pago de las primas**
   Usted debe pagarnos las primas en la fecha de vencimiento de cada prima. Si bien cada prima vence en la fecha de vencimiento, hay un periodo de gracia para cada pago de la prima. Si no recibimos el pago de la prima antes de que termine el periodo de gracia, la cobertura finalizará de la siguiente manera:
   - Si no cumple con el pago de la prima requerida dentro del periodo de gracia de 30 días, este contrato finalizará el último día del periodo de gracia de 30 días. Si este contrato finaliza, usted no tendrá que pagar ninguna reclamación que se presente durante el periodo de gracia.

2. **Fraude o tergiversación intencional de hechos importantes**
   Si realizó algún acto que constituye fraude o incluyó, por escrito, una declaración falsa sobre hechos importantes en su solicitud de inscripción o con el fin de obtener cobertura para un servicio, este contrato finalizará inmediatamente por medio de una notificación escrita del NYSOH. Sin embargo, si hace una tergiversación intencional de hechos importantes por escrito en su solicitud de inscripción, rescindiremos este contrato si esos hechos falsos nos hubieran llevado a negarnos a emitir este contrato y si la solicitud está relacionada con este contrato. Rescisión significa que la finalización de su cobertura tendrá un efecto retroactivo de hasta un año de la emisión de este contrato.

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

4. La fecha en que el contrato finaliza porque dejamos de ofrecer la clase de contratos a la cual pertenece este contrato, independientemente de la experiencia de reclamaciones o del estado relacionado con la salud. Le enviaremos un aviso escrito con una antelación mínima de 90 días.

5. La fecha en que el contrato finaliza porque dejamos de ofrecer toda la cobertura para hospitales y gastos médicos o quirúrgicos en el mercado individual, en este estado. Le enviaremos un aviso por escrito con al menos 180 días de anticipación.

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

SECCIÓN XXII: DERECHOS DE SUSPENSIÓN TEMPORAL PARA LOS MIEMBROS DEL EJÉRCITO

Si usted, el suscriptor, es un miembro de un componente de reserva del ejército de los Estados Unidos, incluida la Guardia Nacional, tiene derecho a una suspensión temporal de la cobertura durante el servicio activo, y a la reactivación de la cobertura al finalizar el servicio activo si:

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

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

Cuando finalice el servicio activo, se puede reanudar su cobertura siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

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

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

SECCIÓN XXIII: CLÁUSULAS GENERALES

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

2. Cesión
No puede ceder ningún beneficio 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 impensada o una cesión de dinero debido a una hospitalización para recibir servicios de emergencia, incluidos los servicios para pacientes hospitalizados luego de la atención 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
Podemos cambiar de manera unilateral este contrato al momento de la renovación si le enviamos un aviso escrito con 45 días de anticipación.

4. Elección del derecho aplicable
Este contrato se regirá por las leyes del estado de Nueva York.

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

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

7. Limitaciones de la continuación de beneficios
Algunos de los beneficios de este contrato pueden limitarse a un número específico de visitas. No tendrá derecho a ningún beneficio adicional si el estado de su cobertura debe cambiar durante el año. Por ejemplo, si finaliza su cobertura y usted se inscribe en el producto más adelante durante el año.

8. Acuerdo total
Este contrato, más cualquier aprobación, modificación y las solicitudes adjuntas, si las hubiese, constituyen el contrato completo.

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

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

11. Tarjetas de identificación
Emitimos estas tarjetas solo a los fines de la identificación. La posesión de una tarjeta de identificación no otorga derecho a obtener servicios u otros beneficios contenidos en este contrato. Para poder obtener estos servicios o beneficios, la totalidad de sus primas debe estar paga al momento de recibir dichos servicios.

12. Incontestabilidad
Ninguna declaración hecha por usted en una solicitud de cobertura conforme a este contrato anulará el contrato ni se usará en procedimientos legales, a menos que la solicitud o una copia fiel de ella estén adjuntas al contrato. Luego de dos años desde la fecha de emisión del presente contrato, no se utilizarán las tergiversaciones realizadas por usted en la solicitud para la cobertura (excepto las tergiversaciones fraudulentas) para anular el contrato o rechazar una reclamación.

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

14. Opiniones para el desarrollo de nuestras pólizas
Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar pólizas que se adapten mejor a nuestros miembros. Si tiene alguna idea, infórmenos. Para participar en el desarrollo de nuestras pólizas puede llamar a Servicios al Miembro al 800-300-8181 (TTY 711).

15. Accesibilidad a los materiales
Le proporcionaremos tarjetas de identificación, contratos, cláusulas y cualquier otro material necesario.

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

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

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

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

18. Pago de la prima
La prima del primer mes, si hubiera, vence y se debe pagar cuando usted solicite la cobertura. La cobertura comenzará en la fecha de entrada en vigencia del contrato, como se define en el presente documento. A partir de ese momento, las primas siguientes vencen y se deben pagar el

primer día de cada mes. Si se realiza el pago de una prima por error, le daremos un reembolso del monto pagado en exceso.

19. Reembolso de primas
Le otorgaremos cualquier reembolso de primas, si corresponde.

20. Recuperación de los pagos en exceso
En algunos casos, podemos hacerle un pago si usted no tiene cobertura, para un servicio que no está cubierto o por un pago mayor de lo que en realidad corresponde. Cuando esto suceda, le explicaremos el problema y usted deberá devolvernos el monto del pago en exceso dentro de los 60 días posteriores a la recepción de una notificación de nuestra parte. Sin embargo, no iniciaremos los esfuerzos de recuperación del pago en exceso después de que hayan transcurrido 24 meses de haber realizado el pago original, a menos que creamos razonablemente que se ha cometido un fraude o una falta intencional.

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

22. Restablecimiento luego del incumplimiento
Si no cumple con algún pago conforme a este contrato, se reactivará el contrato después que nosotros o uno de nuestros agentes autorizados aceptemos el pago. La aceptación de un pago posterior respalda la reactivación, pero puede significar una interrupción en la cobertura.

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

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

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

- Salud del comportamiento.
- Dispositivos.
- Tratamiento médico.
- Medicamentos recetados.

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

- Son considerados seguros y eficaces por el gobierno.

Dan resultados iguales o mejores que el tratamiento o la terapia existentes.

24. Derecho a compensación

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

25. Marcas de servicio

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

26. Cláusula de divisibilidad

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

27. Cambios significativos en ciertas circunstancias

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

28. Subrogación y reembolso

Estos párrafos se aplican cuando una parte (incluido cualquier asegurador) es, o puede llegar a ser, responsable de su lesión, enfermedad o afección y nosotros hemos brindado los beneficios relacionados con esa lesión, enfermedad o afección. Como lo permiten las leyes estatales vigentes, a menos que prevalezca la ley federal, es posible que estemos subrogados a todos los derechos de recuperación ante cualquier parte mencionada (incluido su propio asegurador) respecto de los beneficios que le brindamos según este contrato. Subrogación significa que

tenemos el derecho, independientemente de usted, a proceder directamente ante la otra parte para recuperar los beneficios que le brindamos.

Sujeto a la ley estatal correspondiente, a menos que prevalezca la ley federal, tenemos el derecho a recibir un reembolso si usted o alguien en su nombre recibe el pago de una parte responsable (incluido su propio asegurador) del monto correspondiente a un seguro, resolución de un tribunal o acuerdo en relación con una lesión, enfermedad o afección para la cual le brindamos los beneficios. Según la Sección 5-335 de la New York General Obligations Law Section 5-335 (Ley de Obligaciones Generales de Nueva York), nuestro derecho a una recuperación no se ejerce cuando se ha llegado a un acuerdo entre el demandante y el demandado, a menos que exista un derecho reglamentario de reembolso. La ley también establece que, al llegar a un acuerdo, se presume que usted no llevó a cabo ninguna acción en contra de nuestros derechos ni violó ningún contrato entre usted y nosotros. La ley presume que el acuerdo entre usted y la parte responsable no incluye una compensación por el costo de los servicios de atención médica para los cuales brindamos beneficios.

Le solicitamos que nos notifique dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que se presenta un aviso ante cualquiera de las partes, incluso la compañía de seguro o el abogado, de su intención de hacer un seguimiento o investigar una reclamación para recuperar los daños u obtener una compensación debido a una lesión, enfermedad o afección que usted tiene y para las cuales Hemos brindado beneficios. Debe brindarnos toda la información que nosotros o nuestros representantes le solicitemos, como, por ejemplo, completar y presentar toda solicitud o formulario, o declaraciones que le solicitemos razonablemente.

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

30. Tiempo para acciones legales
No puede presentar una demanda, en virtud de la totalidad del sistema jurídico, en nuestra contra hasta que hayan transcurrido 60 días de habernos proporcionado la prueba escrita de la presentación de una reclamación como se exige en este contrato. Conforme a este contrato, podrá iniciar una acción legal en nuestra contra dentro de los dos años posteriores a la fecha en que se debió presentar la reclamación.

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

32. Lugar para acciones legales

Si surgiera una disputa conforme a este contrato, debe resolverse en una corte ubicada en el estado de Nueva York. Usted acepta no iniciar ninguna acción legal contra nosotros en una corte ubicada en otro lugar. Además, acepta que las cortes del estado de Nueva York tengan jurisdicción personal sobre usted. Eso significa que, cuando se hayan seguido los procedimientos apropiados para iniciar una acción legal en dichas cortes, las cortes pueden ordenarle que se defienda de cualquier acción legal que iniciemos en su contra.

33. Exención
La exención de cualquiera de las partes a un incumplimiento de cualquier disposición de este contrato no se considerará una exención a un incumplimiento posterior de esta disposición o de otra disposición. La incapacidad de ejercer cualquier derecho aquí mencionado no significará una exención al mismo.

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

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

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

37. Sus registros e informes médicos
Para brindarle su cobertura según este contrato, es posible que necesitemos que obtenga sus registros médicos e información de los proveedores que lo han tratado. Nuestras acciones para brindar esa cobertura incluyen el procesamiento de sus reclamaciones; la revisión de quejas, apelaciones o reclamaciones relacionadas con su atención; y las revisiones de la garantía de calidad de su atención, independientemente de que estén basadas en su reclamación específica o en una auditoría de rutina de casos seleccionados al azar. Al aceptar la cobertura en virtud de este contrato, excepto que lo prohíba la ley estatal o federal, usted nos otorga automáticamente a nosotros o a nuestros representantes la autorización para obtener y usar sus registros médicos con dichos propósitos y autoriza a todos los proveedores que le presten servicios para lo siguiente:

- Divulgar todos los hechos correspondientes a su atención, tratamiento y afección física ante nosotros o un profesional médico, dental o de salud mental, que podemos involucrar para que

nos ayude con la revisión de un tratamiento o una reclamación, o en relación con una reclamación o una revisión de la calidad de la atención
- Entregar informes correspondientes a su atención médica, tratamiento y condición física a nosotros o a un profesional médico, de salud dental o mental, que podemos involucrar para que nos ayude con la revisión del tratamiento o reclamación
- Permitir que copiemos sus registros médicos

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

38. Sus derechos y obligaciones

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

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

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

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

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

Tiene derecho a acceder a nuestros proveedores participantes.

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

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

- Comprenda 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 salud que ha acordado con sus doctores o proveedores.
- Entréguenos o entregue a sus doctores y otros proveedores la información necesaria para ayudarlo a recibir el cuidado que necesita y todos los beneficios a los que tiene derecho conforme a este contrato. Esto puede incluir la información acerca de otros beneficios del seguro de salud que tenga además de la cobertura que le proporcionamos;
- Informarnos si hay cambios en su nombre, dirección o dependientes cubiertos por este contrato;
- Proporcionar a su médico información correcta sobre su salud;
- Hacer preguntas para que pueda entender sus afecciones médicas u opciones de tratamiento; y
- Hablar con su médico sobre el tratamiento y seguir las instrucciones de atención.

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

Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA

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

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

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

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

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

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

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

¿Cuándo está bien para nosotros usar y compartir su PHI?
Podemos compartir su PHI con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda a o paga su cuidado de la salud, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos usarla y compartirla **sin** su aprobación:

- **Para su cuidado médico**
  - Para ayudar a los doctores, hospitales y otros a brindarle el cuidado que usted necesita
- **Para pago, operaciones de cuidado de la salud y tratamiento**
  - Para compartir información con los doctores, clínicas y otros que nos facturan por su cuidado
  - Cuando decimos que pagaremos por su cuidado de la salud o servicios antes de que se los brinden

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

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

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

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

¿Cuáles son sus derechos?
- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de ésta. Aunque, nosotros no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su doctor o la clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos suyo si piensa que algo está equivocado o que falta.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.

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

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

Podemos ponernos en contacto con usted
Nosotros, junto con nuestros socios y/o proveedores, podemos 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 estadounidense de protección al usuario de servicios telefónicos (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios de salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. También puede llamar al 1-844-203-3796 para agregar su número de teléfono a nuestra lista de "No llamar".

¿Qué pasa si tiene preguntas?
Si tiene preguntas sobre nuestras reglas de privacidad o desea usar sus derechos, llame a Servicios al Miembro al 800-300-8181 (TTY 711).

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

Escriba o llame al Department of Health and Human Services:
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza, Ste. 3312
New York, NY 10278

Teléfono: 800-368-1019
TDD: 800-537-7697
Fax: 212-264-3039

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

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

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

No usamos esta información para:
- Emitir seguro de salud
- Decidir cuánto cobrar por los servicios
- Determinar beneficios
- Divulgar información a usuarios no aprobados

Su información personal
Podemos pedirle el uso y distribución de información personal (PI) tal como lo conversamos en esta notificación. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por razones del seguro.
- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
  - Salud
  - Hábitos
  - Pasatiempos
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos como:
  - Doctores
  - Hospitales
  - Otras compañías de seguro
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra empresa sin su aprobación.
- Se lo haremos saber antes de hacer cualquier cosa, en donde tenemos que darle la oportunidad para que diga que no.
- Le diremos cómo hacernos saber si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

empireblue.com/ny

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

Revisada el 20 de noviembre de 2017

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Empire ofrece los siguientes servicios:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudar a comunicarse con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, formato de audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuya lengua materna no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

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

Si considera que **Empire** no le ha prestado estos servicios o le ofreció un trato diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante **Empire** por los siguientes medios:

Correo:	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 un reclamo por derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights por los siguientes medios:

Web:	Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Correo:	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Ave. SW., Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 Los formularios de queja están disponibles en http://www.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
אויפמערקזאם: 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 ঃ- 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 XXIV: EMPIRE BLUECROSS BLUESHIELD HEALTHPLUS TABLA DE BENEFICIOS

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

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

COSTOS COMPARTIDOS	ESSENTIAL PLAN 2
Deducible • Individual **Límite de gastos de bolsillo** • Individual Los deducibles, los copagos y el coseguro que conforman su límite de gastos de bolsillo se acumulan por cada año del plan.	 $0 $200
VISITAS AL CONSULTORIO	
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (o visitas a domicilio)	$0
Visitas al consultorio del especialista (o visitas a domicilio)	$0
ATENCIÓN PREVENTIVA	
• Exámenes físicos anuales para adultos*	Cobertura total
• Inmunizaciones para adultos*	Cobertura total
• Servicios ginecológicos de rutina/Exámenes para mujeres sanas*	Cobertura total
• Mamografías, pruebas de detección y diagnósticos por imágenes para la detección del cáncer de mama*	Cobertura total
• Procedimientos de esterilización para mujeres*	Cobertura total

• Vasectomía	Consulte la sección **Servicios quirúrgicos** Utilice los costos compartidos para el servicio correspondiente (servicios quirúrgicos, servicios de anestesia, tarifa del centro quirúrgico ambulatorio, cargo del centro quirúrgico del hospital para pacientes ambulatorios)
• Densitometría ósea*	Cobertura total
• Prueba de detección de cáncer de próstata	Cobertura total
• Cualquier otro servicio de atención preventiva requerido por el USPSTF y la HRSA	Cobertura total
• *Cuando los servicios preventivos no se brindan en conformidad con las pautas integrales respaldadas por el USPSTF y la HRSA	Utilice los costos compartidos para el servicio correspondiente (visita al consultorio del médico de atención primaria, visita al consultorio del especialista, servicios de radiología de diagnóstico, procedimientos de laboratorio y pruebas de diagnóstico)
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	
Servicios médicos de emergencia prehospitalarios (servicios de ambulancia)	$0
Servicios de ambulancia que no sean de emergencia	$0 **Se requiere preautorización**

Departamento de emergencias Copago eximido si es hospitalizado	$0
Centro de atención de urgencia	$0 **Se requiere preautorización para la atención de urgencia fuera de la red**
SERVICIOS PROFESIONALES y ATENCIÓN AMBULATORIA	
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes • Realizados en un centro de radiología independiente o consultorio • Realizados en el consultorio de un especialista • Realizados como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización**
Pruebas y tratamientos de alergia • Realizados en el consultorio de un PCP • Realizados en el consultorio de un especialista	 $0 $0
Centro de cirugía ambulatoria	$0
Servicios de anestesia (en todos los ámbitos)	Cobertura total
Banco de sangre autóloga	Cobertura total
Rehabilitación cardíaca y pulmonar • Realizados en el consultorio de un especialista	 $0

• Realizados como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Realizada como servicios hospitalarios para pacientes internados	$0 Incluido como parte del costo compartido del servicio hospitalario para pacientes internados
Quimioterapia e inmunoterapia Administración • Realizados en el consultorio de un PCP • Realizados en el consultorio de un especialista • Realizados como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Realizados en el hogar • Medicamentos para quimioterapia e inmunoterapia	 $0 $0 $0 $0 $0
Servicios quiroprácticos.	$0 **Se requiere preautorización después de las primeras cinco visitas**
Ensayos clínicos	Utilice el costo compartido para el servicio correspondiente **Se requiere preautorización**
Exámenes de diagnóstico • Realizados en el consultorio de un PCP • Realizados en el consultorio de un especialista	 $0 $0 $0

• Realizados como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	
Diálisis • Realizados en el consultorio de un PCP • Realizada en un centro independiente o en el consultorio del especialista • Realizados como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Realizados en el hogar	 $0 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización**
Servicios para recuperar las habilidades (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla) 60 visitas por afección, para terapias combinadas por año del plan	$0
Atención médica a domicilio 40 visitas por año del plan	$0 **Se requiere preautorización**
Servicios para la infertilidad	Utilice los costos compartidos para el servicio correspondiente (visita al consultorio, servicios de radiología de diagnóstico, cirugía, procedimientos de diagnóstico y de laboratorio)
Terapia de infusión Administración • Realizados en el consultorio de un PCP • Realizada en el consultorio del especialista	 $0 $0

• Realizados como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Terapia de infusión a domicilio • Medicamentos para terapia de infusión (La terapia de infusión a domicilio se considera para el límite de visitas de atención médica a domicilio)	$0 $0 $0
Visitas médicas para pacientes internados	$0 por admisión **Se requiere preautorización de la admisión**
Interrupción del embarazo • Abortos necesarios por motivos médicos (ilimitado) • Abortos optativos (un [1] procedimiento por año del plan)	 Cobertura total $0
Procedimientos de laboratorio • Realizados en el consultorio de un PCP • Realizados en el consultorio de un especialista • Realizados en un laboratorio independiente o en el consultorio del especialista • Realizados como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	 $0 $0 $0 $0
Atención de maternidad y para recién nacidos • Atención prenatal	 $0

• Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y centro de maternidad (se cubre una [1] visita de atención en el hogar sin costos compartidos si se da de alta a la madre en el hospital de manera anticipada) • Servicios de médico y partero para el parto • Apoyo para lactancia, asesoramiento y suministros, incluidos sacaleches (se cubre durante el periodo de lactancia) • Atención posnatal	$0 $0 $0 Se incluye en los costos compartidos de los servicios del médico y el partero para el parto **Se requiere preautorización para el sacaleches en los servicios para pacientes hospitalizados**
Cargo en centros hospitalarios por cirugía para pacientes ambulatorios	$0
Pruebas previas a la hospitalización	$0
Medicamentos recetados administrados en el consultorio Administración • Realizados en el consultorio de un PCP • Realizados en el consultorio de un especialista • Realizados en centros para pacientes ambulatorios • Costo compartido de medicamentos recetados	 $0 $0 $0 $0

Servicios de radiología diagnóstica • Realizados en el consultorio de un PCP • Realizados en el consultorio de un especialista • Realizados como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización**
Servicios de radiología terapéutica • Realizados en el consultorio de un especialista • Realizados en un centro de radiología independiente • Realizados como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización**
Servicios de rehabilitación (terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla) 60 visitas por afección, para terapias combinadas por año del plan Los servicios de fisioterapia y terapia del habla se cubren únicamente después de una estadía en el hospital o cirugía. • Realizados en el consultorio de un PCP • Realizados en el consultorio de un especialista • Realizados en un centro para pacientes ambulatorios	 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización**

Atención en una clínica de salud minorista	$0 **Se requiere preautorización**
Segundas opiniones sobre el diagnóstico de cáncer, cirugía y otros	$0 **Se requiere preautorización**
Servicios quirúrgicos (incluyen cirugía maxilofacial, cirugía de reconstrucción de mamas, otras cirugías reconstructivas y correctivas, trasplantes e interrupción del embarazo) **Todos los trasplantes deben realizarse en centros de excelencia designados**	
• Cirugía en el hospital para pacientes internados	$0
• Cirugía en el hospital para pacientes ambulatorios	$0
• Cirugía realizada en un centro de cirugía ambulatoria	$0
• Cirugía en consultorio	$0 **Se requiere preautorización**
Programa de telemedicina	$0
SERVICIOS, EQUIPOS y DISPOSITIVOS ADICIONALES	
Tratamiento de trastornos del espectro autista y ABA	$0 **Se requiere preautorización**
Dispositivos de comunicación asistida para trastornos del espectro autista	$0 **Se requiere preautorización**

Equipos, educación sobre autoadministración y suministros para la diabetes • Equipo, suministros e insulina para diabéticos (suministro para 30 días, hasta 90 días) • Educación para diabéticos	 $0 (por cada suministro para 30 días) $0
Equipo médico duradero y aparatos	$0 **Se requiere preautorización**
Audífonos externos **(una sola compra, una vez cada tres años)**	$0 **Se requiere preautorización**
Implantes cocleares **(uno por oído, por tiempo cubierto)**	$0 **Se requiere preautorización**
Cuidado de hospicio • Paciente internado • Paciente ambulatorio 210 días por año del plan Cinco visitas para asesoramiento por duelo familiar	 $0 $0 **Se requiere preautorización**
Suministros médicos	$0
Dispositivos prostéticos • Externos Un dispositivo prostético, por extremidad, de por vida, con cobertura para reparaciones y reemplazos	 $0

• Internos	Incluido como parte del costo compartido hospitalario para pacientes internados **Se requiere preautorización**
CENTROS y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	
Servicios hospitalarios para pacientes internados para una internación continua (que incluye internación para atención por una mastectomía, rehabilitación cardíaca y pulmonar, y atención al final de la vida).	$0 **Se requiere preautorización. Sin embargo, no se requiere preautorización para admisiones de emergencia.**
Estadía para observación No se aplica el copago en caso de traslado directo desde un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios para su observación	$0
Centro de enfermería especializada (incluye rehabilitación cardíaca y pulmonar) 200 días por año del plan No se aplica el copago en caso de ser trasladado directamente desde un centro hospitalario para pacientes internados a un centro de enfermería especializada	$0 **Se requiere preautorización**
Servicios para recuperar las habilidades para pacientes hospitalizados (fisioterapia, terapia del habla y ocupacional) 60 días por año del plan de terapias combinadas	$150 **Se requiere preautorización**
Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados (fisioterapia, terapia del habla y ocupacional) 60 terapias combinadas por año del plan	$0 **Se requiere preautorización**

SERVICIOS DE SALUD MENTAL y PARA TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS	
Atención de la salud mental para pacientes hospitalizados incluido el tratamiento residencial (durante una internación continua en un hospital)	$0 **Se requiere preautorización. Sin embargo, no se requiere preautorización para admisiones de emergencia.**
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (incluidos los servicios de hospitalización parcial y del programa intensivo para pacientes ambulatorios) • Consultas • Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios	 $0 $0 **Se requiere preautorización**
Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados durante una internación continua en un hospital (incluido el tratamiento residencial)	$0 **Se requiere preautorización. Sin embargo, no se requiere preautorización para admisiones de emergencia ni para participar en centros certificados por la OASAS.**
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (incluyen hospitalización parcial, servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios y tratamiento asistido con medicamentos)	$0 **Se requiere preautorización**
MEDICAMENTOS RECETADOS *Determinados medicamentos recetados no están sujetos a costo compartido cuando se suministran de conformidad con las	

directrices 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 Nivel 2 Nivel 3 No se necesita preautorización para un medicamento recetado cubierto utilizado para tratar un trastorno por abuso de sustancias, incluido un medicamento recetado para tratar el síntoma de abstinencia o la estabilización por consumo de opioides o para revertir una sobredosis de opioides.	 $1 $3 $3
Farmacia de pedido por correo	
Suministro para hasta 30 días Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3	 $1 $3 $3
Suministro para hasta 90 días Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3	 $2.50 $7.50 $7.50
Fórmulas enterales Nivel 1	 $1

Nivel 2 Nivel 3	$3 $3
BENEFICIOS PARA EL BIENESTAR	
Reembolso de gimnasio	Hasta $200 por periodo de seis meses

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

Los amerindios o nativos de Alaska elegibles, según lo determina el NYSOH, están exentos de los requisitos de costos compartidos, incluso cuando se prestan servicios cubiertos a través de un servicio de salud indígena, una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o a través de una referencia según el programa de atención adquirida/referida (Purchased/Referred Care, PRC), anteriormente conocido como Servicios de salud contractuales (Contract Health Services, CHS).

800-300-8181 (TTY 711)

empireblue.com/nyessentialplan

Empire BlueCross BlueShield

An Anthem Company

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