Contrato del suscriptor de Essential Plan 200–250A

Medicaid de New York

Anthem

Este es su

contrato de

ESSENTIAL PLAN

Emitido por

Anthem

Este es su

CONTRATO DE
ESSENTIAL PLAN

Emitido por

ANTHEM BLUE CROSS AND BLUE SHIELD HP

Este es su contrato individual para la cobertura de Essential Plan emitido por Anthem Blue Cross and Blue Shield HP. Este contrato, junto con la Tabla de beneficios adjunta, las solicitudes y cualquier enmienda o cláusula adicional que modifique 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.

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 lo finalicemos, según lo permita el contrato, o que usted lo finalice por medio de una notificación escrita con 30 días de anticipación.

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

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

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

Cordialmente,

Mark A. Levy, Doctor en Medicina (M.D.)
Presidente
Anthem Blue Cross and Blue Shield HP

anthembluecross.com/nyplans

Servicios prestados por Anthem Blue Cross and Blue Shield HP.

ÍNDICE

SECCIÓN I Definiciones 5

SECCIÓN II Cómo funciona su cobertura 12

Proveedores participantes. 12

La función de los médicos de atención primaria. 13

Servicios sujetos a preautorización. 15

Necesidad médica. 15

Números de teléfono y direcciones importantes. 19

SECCIÓN III Acceso a la atención y atención de transición 20

SECCIÓN IV Gastos de costos compartidos y monto permitido 23

SECCIÓN V Quién está cubierto 28

SECCIÓN VI Cuidado preventivo 29

SECCIÓN VII Servicios médicos de emergencia prehospitalarios y de ambulancia 33

SECCIÓN VIII Servicios de emergencia y atención de urgencia 36

SECCIÓN IX Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios 39

SECCIÓN X Dispositivos, equipos y beneficios adicionales 50

SECCIÓN XI Servicios para pacientes hospitalizados 56

SECCIÓN XII Servicios de cuidado de salud mental y por abuso de sustancias 60

SECCIÓN XIII Cobertura de medicamentos recetados 66

SECCIÓN XIV Beneficios de bienestar 81

SECCIÓN XV Cuidado de visión 82

SECCIÓN XVI Cuidado dental 83

SECCIÓN XVII Exclusiones y limitaciones 87

SECCIÓN XVIII Determinaciones de reclamaciones 90

SECCIÓN XIX Procedimientos de reclamos 93

SECCIÓN XX Revisión de utilización 95

SECCIÓN XXI Apelación externa 105

SECCIÓN XXII Terminación de la cobertura 110

SECCIÓN XXIII Derecho de suspensión temporal para los miembros de las Fuerzas Armadas 112

SECCIÓN XXIV Cláusulas generales 113

SECCIÓN XXV Tabla de beneficios ..... Final

SECCIÓN I
Definiciones

Los términos definidos están escritos con mayúscula inicial a lo largo de este contrato.

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

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

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

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

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

Contrato: Este contrato emitido por Anthem Blue Cross Blue Shield HP, incluida la Tabla de beneficios y cualquier cláusula adicional adjunta.

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

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

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

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

Doula: Una persona capacitada que proporciona apoyo físico, emocional e informativo continuo a la mujer embarazada y a su familia antes y durante el parto y por un tiempo razonable después. Una doula puede prestar servicios en un hospital, en un centro de maternidad, en partos a domicilio o en otros entornos comunitarios.

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; y
- Es apropiado para uso domiciliario.

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

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

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

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

Exclusiones: Los servicios médicos que no pagamos ni cubrimos.

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

Centro: Un hospital, centro quirúrgico ambulatorio, centro de maternidad, centro de diálisis, centro de rehabilitación, centro de enfermería especializada, hospicio, agencia de cuidado médico en el hogar o agencia de servicios de cuidado médico en el hogar certificado o autorizado según el Artículo 36 de la Ley de Salud Pública de New York; un centro oncológico nacional certificado por el departamento de salud dentro de nuestra área de servicio; un centro de cuidado médico integral para trastornos alimentarios

conforme al Artículo 30 de la Ley de Salud Mental de New York; y un centro definido en la Sección 1.03 de la Ley de Salud Mental de New York, certificado por la Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones del estado de New York, o certificado según el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de New York (o, en otros estados, un centro autorizado o certificado de manera similar). Si recibe tratamiento por un trastorno de abuso de sustancias fuera del estado de New York, un centro también incluye uno que esté acreditado por la Comisión Conjunta para proporcionar un programa de tratamiento para trastornos de abuso de sustancias.

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

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

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

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

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

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

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

- Se ocupa principalmente de proporcionar a los pacientes servicios de diagnóstico y servicios terapéuticos para el diagnóstico, el tratamiento y la atención de personas lesionadas o enfermas, con médicos o bajo la continua supervisión de estos;
- Tiene departamentos organizados de medicina y cirugía mayor;
- Tiene el requisito de que todos los pacientes deben estar bajo la atención de un médico o un dentista;
- Ofrece servicios de enfermería las 24 horas prestados por un enfermero profesional registrado (RN) o bajo su supervisión;
- Si se encuentra en el estado de New York, cuenta con un plan de revisión de hospitalización vigente, aplicable a todos los pacientes, que cumple al menos con los estándares establecidos en el Título 42 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.), Sección 1395x(k);
- Está debidamente certificado por la agencia responsable de la habilitación de dichos hospitales; y
- No es, salvo en casos informales, un lugar de descanso, un lugar principalmente dedicado al tratamiento de la tuberculosis, un lugar para personas mayores, un lugar para personas alcohólicas o con adicciones ni un lugar para proporcionar cuidado de rehabilitación, educativo, de custodia o para convalecientes.

El término Hospital no se refiere a spas, centros de salud ni enfermerías en escuelas o campamentos.

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

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

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

- Un estatus de inmigraciòn de “no ciudadano calificado” sin un periodo de espera
- Circunstancias o estatus humanitarios (incluso estatus de protección temporal, estatus juvenil especial, solicitantes de asilo, convención contra la tortura, víctimas de trata de personas)
- Visas de no inmigrante válidas
- Estatus legal conferido por otras leyes (estatus de residente temporal, Ley de Equidad para las Familias de Inmigrantes Legales [LIFE], personas del programa Family Unity). Para ver una lista completa de los estatus de inmigración elegibles, visite el sitio web http://www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status/ o comuníquese con NY State of Health llamando al 1-855-355-5777.

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

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

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

NY State of Health (NYSOH): NY State of Health, The Official Health Plan Marketplace. NYSOH es un mercado de seguros médicos donde las personas, familias y pequeñas empresas pueden obtener información sobre sus opciones de seguro médico, comparar planes según los costos, beneficios y otras características importantes, elegir un plan e inscribirse en una cobertura. NYSOH también ofrece información sobre programas que ayudan a las personas con ingresos y recursos de bajos a moderados a pagar por una cobertura, lo que incluye Medicaid, Child Health Plus, créditos fiscales para las primas y reducciones en los costos compartidos.

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

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

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

Médico o servicios médicos: Servicios médicos proporcionados o coordinados por un médico certificado (Doctor en Medicina [M.D.] o Doctor en Medicina Osteopática [D.O.]).

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

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

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

médica o reposición, y que se encuentra en nuestro formulario. Los medicamentos recetados incluyen aquellos medicamentos que, debido a sus características, son adecuados para la autoadministración o para la administración por parte de un cuidador no especializado.

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

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

Referencia: Una autorización dada a un proveedor participante por otro proveedor participante (generalmente dada por un PCP a un especialista participante) con el fin de coordinar cuidado adicional para el suscriptor. Una referencia puede transmitirse electrónicamente o a través de su proveedor que deberá completar un formulario de referencia impreso. Salvo lo estipulado en la sección Acceso a la atención y atención de transición de este contrato o según lo autoricemos de cualquier otro modo, no se realizará una referencia a un proveedor no participante.

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

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

Área de servicio: El área geográfica designada por nosotros y aprobada por el estado de New York, en la que proporcionamos cobertura. Nuestra área de servicio incluye los condados de Allegany, Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans y Wyoming.

Centro de enfermería especializada: Una institución o una parte específica de una institución que está aprobada o certificada actualmente según la ley estatal o local; que se ocupa principalmente de proporcionar cuidado especializado de enfermería y servicios relacionados, como un centro de enfermería especializada, centro de cuidado médico extendido o centro de atención de enfermería aprobado por la Comisión Conjunta o la Oficina de Hospitales de la Asociación Americana de

Osteopatía, o como un centro de enfermería especializada según Medicare; o que, según determinemos de otro modo, cumple con los estándares de cualquiera de estas autoridades.

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

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

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

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

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

Nosotros, nos, nuestro: Anthem Blue Cross Blue Shield HP y cualquiera a quien legalmente nosotros deleguemos el desempeño, en nuestro nombre, de conformidad con este contrato.

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

Usted, su(s): El suscriptor.

SECCIÓN II
Cómo funciona su cobertura

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

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

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

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

C. Proveedores participantes.
Para saber si un proveedor es un proveedor participante:

- Consulte nuestro directorio de proveedores, que está disponible a pedido;
- Llame al número que figura en su tarjeta de identificación o
- Visite nuestro sitio web.

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

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

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

- El proveedor figura como proveedor participante en nuestro directorio de proveedores en línea;
- Nuestro directorio de proveedores en papel en el que figura el proveedor como proveedor participante es incorrecto a la fecha de publicación;

- Le notificamos por escrito que el proveedor es un proveedor participante en respuesta a su solicitud telefónica de información sobre el estado del proveedor en la red; o
- No le proporcionamos una notificación escrita en un plazo de un (1) día hábil después de su solicitud telefónica de información sobre el estado de la red.

En estas situaciones, si un proveedor le factura más que su costo compartido y usted paga la factura, tiene derecho a un reembolso del proveedor, más intereses.

D. La función de los médicos de atención primaria.
Este contrato exige que usted elija un médico de atención primaria (PCP). Se le aconseja que reciba atención de su PCP. Necesita una referencia de un PCP para recibir ciertos cuidados de un especialista. Puede seleccionar cualquier PCP participante que esté disponible del listado de los PCP de la red del Essential Plan. En algunos casos, usted puede designar a un especialista como su PCP. Consulte la sección Acceso a la atención y atención de transición de este contrato para obtener más información sobre cómo designar a un especialista. Para seleccionar un PCP, visite nuestro sitio web o llame al número que aparece en el dorso de su tarjeta de identificación. Si no escoge un PCP, le asignaremos uno.

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

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

- Servicios ginecológicos y de obstetricia primarios y preventivos, que incluyen exámenes anuales, atención que surge de dichos exámenes anuales, tratamiento de condiciones ginecológicas agudas, prestados por un proveedor participante y calificado de dichos servicios;
- Servicios de emergencia;
- Servicios médicos de emergencia prehospitalarios y transporte de emergencia en ambulancia;
- Prueba de detección de depresión materna;
- Atención de urgencia;
- Servicios de quiropráctica;
- Cuidado de salud mental ambulatorio;
- Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios;
- Servicios de habilitación ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla);

- Servicios de rehabilitación ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla);
- Exámenes de la vista refractarios realizados por un optometrista;
- Exámenes de la vista para personas con diabetes realizados por un oftalmólogo;
- Cuidado médico en el hogar;
- Servicios de radiología de diagnóstico; y
- Procedimientos de laboratorio.

Sin embargo, el proveedor participante debe hablar sobre los servicios y el plan de tratamiento con su PCP; aceptar cumplir con nuestras políticas y procedimientos, incluido cualquier procedimiento relacionado con referencias o preautorizaciones para servicios que no son ginecológicos ni de obstetricia prestados por dicho proveedor participante; y aceptar proporcionar servicios conforme a un plan de tratamiento (si lo hubiera) aprobado por nosotros. Consulte la sección Tabla de beneficios de este contrato para conocer los servicios que requieren una referencia.

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

Para ver a un proveedor, llame a su consultorio, dígale que es miembro de Anthem Blue Cross Blue Shield HP y explique el motivo de su visita. Tenga a mano su tarjeta de identificación. El consultorio del proveedor podría solicitarle su número de identificación del miembro. Cuando vaya al consultorio del proveedor, lleve su tarjeta de identificación con usted.

Puede cambiar de PCP llamando al número que aparece en su tarjeta de identificación.

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

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

H. Servicios sujetos a preautorización.
Se requiere nuestra preautorización antes de que reciba ciertos servicios cubiertos. Su proveedor participante es responsable de solicitar la preautorización para los servicios mencionados en la sección Tabla de beneficios de este contrato.

I. Procedimiento de preautorización.
Si desea recibir cobertura para servicios que requieren preautorización, su proveedor debe llamarnos al número que figura en su tarjeta de identificación.

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

- Al menos dos (2) 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 (2) semanas antes de una cirugía ambulatoria o de cualquier procedimiento de atención ambulatoria cuando su proveedor recomiende que la cirugía o el procedimiento se realicen en la unidad quirúrgica ambulatoria de un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. Si esto no es posible, entonces, tan pronto como sea razonablemente posible durante el horario normal de atención antes de la cirugía o el procedimiento.
- Antes de que se presten los servicios de ambulancia aérea para una condición que no sea de emergencia.

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

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

Nuestra decisión puede basarse en una revisión de lo siguiente:

- Su historia clínica;
- Nuestras políticas médicas y guías clínicas;

- Opiniones médicas de una sociedad profesional, comité de revisión de pares u otros grupos de médicos;
- Informes en publicaciones médicas evaluadas por pares;
- Informes y guías publicados por organizaciones de cuidado médico reconocidas a nivel nacional que incluyan datos científicos de respaldo;
- Estándares profesionales de seguridad y eficacia, que sean reconocidos generalmente en los Estados Unidos para el diagnóstico, la atención o el tratamiento;
- La opinión de los profesionales de cuidado médico en la especialidad de salud generalmente reconocida implicada;
- La opinión de los proveedores tratantes, que tienen credibilidad, pero no predominan sobre las opiniones contrarias.

Los servicios se considerarán médicamente necesarios solo si:

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

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

L. Protección contra facturas sorpresa.

1. **Facturas sorpresa.** Una factura sorpresa es la que recibe por servicios cubiertos en las siguientes circunstancias:
    - Por servicios prestados por un proveedor no participante en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio participante cuando:

- Un proveedor participante no está disponible en el momento de prestar los servicios médicos;
- Un proveedor no participante presta servicios sin su conocimiento; o
- Surgen problemas o servicios médicos no previstos en el momento en que se prestan los servicios médicos.

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

- Usted fue referido por un médico participante a un proveedor no participante sin su consentimiento explícito por escrito en el que se reconoce que la referencia es para un proveedor no participante y puede generar costos que no cubrimos. En el caso de una factura sorpresa, una referencia para un proveedor no participante implica:
  - Un proveedor no participante presta los servicios cubiertos en el consultorio o el centro del médico 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; o
  - Para cualquier otro servicio cubierto prestado por un proveedor no participante a solicitud del médico participante, cuando se requieren referencias conforme a su contrato.

Usted estará exento de cualquier cargo de un proveedor no participante por la factura sorpresa que exceda sus costos compartidos. El proveedor no participante solo puede facturarle los costos compartidos. Puede firmar un formulario para notificarnos a nosotros y al proveedor no participante que recibió una factura sorpresa.

El formulario de cesión de beneficios para las facturas sorpresa está disponible en www.dfs.ny.gov. También puede visitar nuestro sitio web para obtener una copia del formulario. Debe enviarnos por correo una copia del formulario de cesión de beneficios a la dirección que figura en nuestro sitio web. Además, debe enviársela a su proveedor.

2. Proceso de resolución de disputas independiente. Nosotros o un proveedor podemos presentar una disputa sobre una factura sorpresa ante una entidad de resolución de disputas independiente (IDRE) designada por el estado. Las disputas se presentan completando el formulario de solicitud de la IDRE, que está disponible en www.dfs.ny.gov. La IDRE determinará si nuestro pago o el cargo del proveedor es razonable en un plazo de 30 días luego de recibida la disputa.

M. Prestación de servicios cubiertos con telesalud.
Si su proveedor participante ofrece servicios cubiertos con telesalud, no negaremos los servicios cubiertos porque se proporcionan con telesalud. Una aseguradora podría aplicar copagos y/o coseguros a la cobertura de un servicio prestado a través de telesalud siempre que estos sean al menos igual de favorables para el asegurado que aquellos establecidos para el mismo servicio cuando no se presta a través de telesalud. Los servicios cubiertos proporcionados con telesalud pueden estar sujetos a revisión de utilización y a requisitos de garantía de calidad así como a otros términos y condiciones del contrato que son al menos tan favorables como esos requisitos para el mismo servicio cuando no se ofrece con telesalud. Telesalud es el uso de información electrónica y tecnologías de la comunicación por parte de un proveedor participante para prestarle servicios cubiertos cuando su ubicación es diferente a la de su proveedor.

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

Nuestros programas de administración de cuidados médicos 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 cuidado médico identificadas. Esto se logra a través de la comunicación y el trabajo en equipo con usted y/o su representante autorizado, los médicos tratantes y otros proveedores. Además, podemos ayudar en la coordinación del cuidado con los programas existentes basados en la comunidad y servicios que satisfagan sus necesidades, los cuales pueden incluir darle información sobre agencias externas y programas y servicios basados en la comunidad.

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

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

O. Números de teléfono y direcciones importantes.

- RECLAMACIONES
  Anthem Blue Cross and Blue Shield HP
  P.O. Box 61010,
  Virginia Beach, VA 23466-1010

- APELACIONES RELACIONADAS CON QUEJAS, RECLAMOS Y REVISIÓN DE UTILIZACIÓN
  Llame al 800-300-8181 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 9 a.m. a 5 p.m. hora del Este, o envíe su correspondencia a esta dirección:
  Medical Appeals Department
  P.O. Box 62429
  Virginia Beach, VA 23466-2429

- FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE FACTURA SORPRESA
  NYS Department of Financial Services
  Consumer Assistance Unit/IDR Process
  1 Commerce Plaza
  Albany, NY 12257

- SERVICIOS 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).

- SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL
  800-300-8181 (TTY 711)

- NUESTRO SITIO WEB
  anthembluecross.com/nyplans

SECCIÓN III
Acceso a la atención y atención de transición

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

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

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

especialista no participante, los servicios cubiertos prestados por el especialista no participante conforme al plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran proporcionados por un proveedor participante. Usted solamente deberá pagar los costos compartidos correspondientes.

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

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

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

F. Nuevos miembros con tratamiento en curso.
Si tiene un tratamiento en curso con un proveedor no participante cuando su cobertura conforme a este contrato entra en vigencia, usted puede recibir los servicios cubiertos para el tratamiento en curso de un proveedor no participante durante un máximo de 60 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura según este contrato. Este tratamiento debe ser para una condición o enfermedad mortal o una condición o enfermedad degenerativa y discapacitante.

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

SECCIÓN IV
Gastos de costos compartidos y monto permitido

A. Copagos.

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

B. Coseguro.

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

C. Límite de gastos de bolsillo.

Cuando alcance el límite de gastos de bolsillo para el pago de los costos compartidos por un año del plan descrito en la sección Tabla de beneficios de este contrato para un año del plan, proporcionaremos cobertura del 100% del monto permitido para los servicios cubiertos durante el resto de ese año del plan.

Los costos compartidos para los servicios fuera de la red, excepto para servicios de emergencias, los servicios fuera de la red aprobados por nosotros como una excepción dentro de la red y los servicios de diálisis fuera de la red, no se aplican para su límite de gastos de bolsillo. 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 o el cargo del proveedor participante, si es menos.

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

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

E. Divulgación de acuerdos entre planes

Servicios fuera del área

Mantenemos diversas relaciones con otros licenciatarios de Blue Cross y/o Blue Shield que, en general, se denominan “acuerdos entre planes”. Estos acuerdos entre planes funcionan conforme a las normas y los procedimientos emitidos por Blue Cross Blue Shield Association (“Asociación”). Cada vez que los miembros acceden a servicios médicos fuera del área geográfica en la que prestamos servicios, la reclamación por esos servicios puede procesarse a través de uno de estos acuerdos entre planes. A continuación, se describen los acuerdos entre planes de manera general.

Habitualmente, cuando acceden a cuidado fuera del área geográfica en la que prestamos servicios, los miembros reciben atención de parte de proveedores de cuidados médicos que tienen un acuerdo contractual (“proveedores participantes”) con el licenciatario local de Blue Cross y/o Blue Shield en esa otra área geográfica (“Host Blue”). En algunos casos, los miembros pueden recibir cuidado de proveedores en el área del Host Blue. Seguimos siendo responsables de cumplir con nuestras obligaciones contractuales hacia usted. En ambos casos, nuestras prácticas de pago se describen a continuación.

Cubrimos únicamente una cantidad limitada de servicios médicos que se prestan fuera de nuestra área de servicio. Según se utiliza en esta secciòn, los “Servicios médicos cubiertos fuera del área” incluyen atenciòn de emergencia y urgencia que se haya obtenido fuera del área geográfica en la que prestamos servicios. No se cubrirán otros servicios cuando se los procese a través de los acuerdos entre planes, a menos que el médico de atención primaria (PCP) del miembro los haya autorizado.

Elegibilidad para los acuerdos entre planes: Tipos de reclamaciones

Todos los tipos de reclamaciones son elegibles para ser procesados a través de los acuerdos entre planes, como se describe anteriormente, excepto los beneficios de cuidado dental, salvo cuando se pagan como reclamaciones médicas, y aquellos beneficios de medicamentos recetados o beneficios de cuidado de visión para niños que pueden ser administrados por un tercero contratado por nosotros para prestar el servicio o los servicios específicos.

A. Programa BlueCard®

El programa BlueCard® es un acuerdo entre planes. En virtud de este acuerdo, cuando los miembros acceden a servicios médicos cubiertos fuera del área, pero dentro del área geográfica que corresponde a un Host Blue al que prestamos servicios, ese Host Blue será responsable de contratar y gestionar todas las interacciones con sus proveedores participantes.

A continuación, se describen de manera general los términos financieros del programa BlueCard.

Método de cálculo de obligación por reclamación
A menos que esté sujeto a un copago fijo en dólares, el cálculo de lo que el miembro está obligado a pagar por reclamaciones por servicios médicos cubiertos fuera del área procesados a través del programa BlueCard se basará en el menor de los cargos cubiertos facturados por el proveedor o el precio negociado que el Host Blue nos proporcione.

Los Host Blue determinan un precio negociado que se refleja luego en los términos de los contratos de los proveedores de cuidados médicos de cada Host Blue. El precio negociado que el Host Blue nos informa puede estar representado por uno de los siguientes:

i. Un precio real. Un precio real es una tarifa negociada de pago que está vigente al momento en que se procesa una reclamación sin ningún otro aumento o disminución; o

ii. Un precio estimado. Un precio estimado es una tarifa negociada de pago que está vigente al momento en que se procesa una reclamación, y se reduce o aumenta en un porcentaje para considerar ciertos pagos negociados con el proveedor y otras transacciones relacionadas o no con la reclamación. Esas transacciones pueden incluir, entre otras, recuperaciones por fraude y abuso, reembolsos de proveedores que no se aplican a una reclamación específica, liquidaciones retrospectivas y bonificaciones o incentivos relacionados con el desempeño; o

iii. Un precio promedio. Un precio promedio es un porcentaje de los cargos cubiertos facturados vigentes al momento en que se procesa una reclamación y representa los pagos agrupados que el Host Blue negoció con todos sus proveedores o una clasificación similar de sus proveedores y otras transacciones relacionadas o no con la reclamación. Esas transacciones pueden incluir aquellas que se indicaron anteriormente para el caso de precio estimado.

El Host Blue determina si usará o no un precio real, un precio estimado o un precio promedio. El uso de precios estimados o promedio puede generar una diferencia (positiva o negativa) entre el precio que usted paga por una reclamación específica y el monto real que el Host Blue le paga al proveedor. Sin embargo, el programa BlueCard exige que el monto que el miembro paga sea un precio final. Ningún ajuste futuro del precio resultará en aumentos o disminuciones en el precio de reclamaciones anteriores.

En algunos casos, las leyes o regulaciones federales o estatales pueden imponer un recargo, impuesto o cargo adicional que se aplique a cuentas aseguradas. Si corresponde, incluiremos ese recargo, impuesto o cargo adicional en su prima.

Devolución de sobrepagos
Las recuperaciones por parte de un Host Blue o de sus proveedores participantes y no participantes pueden surgir de diversas formas, incluidas, entre otras, recuperaciones por fraude y abuso, auditorías de facturas de proveedores de cuidados médicos/

hospitales, auditorías de saldos a favor, reembolsos por revisión de utilización y reembolsos no solicitados. Los montos de las recuperaciones determinados de las formas mencionadas anteriormente se aplicarán, en general, de manera específica por reclamación o de forma prospectiva. En algunos casos, el Host Blue incluirá a un tercero para que ayude a identificar y cobrar los montos de las recuperaciones. Es posible que le cobren a usted un porcentaje del monto de recuperación por los cargos de ese tercero.

B. Proveedores de cuidados médicos no participantes fuera de nuestra área de servicio

1. Cálculo de la responsabilidad del miembro

Cuando los servicios médicos cubiertos fuera del área son prestados fuera de nuestra área de servicio por parte de proveedores no participantes, el monto que un miembro paga por estos servicios generalmente está basado en el pago local del proveedor no participante del Host Blue o en los acuerdos de precios exigidos por la ley estatal vigente. En estas situaciones, el miembro puede ser responsable de la diferencia entre el monto que el proveedor no participante factura y el pago que nosotros haremos por los servicios cubiertos fuera del área, según lo establecido en este párrafo. Los pagos por servicios de emergencia fuera de la red estarán regidos por las leyes federales y estatales vigentes.

2. Excepciones

En algunos casos excepcionales, podemos pagar reclamaciones de proveedores no participantes por servicios médicos cubiertos fuera del área basándonos en el cargo facturado por el proveedor. Esto puede ocurrir en situaciones en las que un miembro no tenía acceso razonable a un proveedor participante, según lo determinemos nosotros o la ley estatal aplicable. En otros casos excepcionales, podemos pagar esa reclamación basándonos en el pago que haríamos si le estuviésemos pagando a un proveedor no participante por los mismos servicios médicos cubiertos dentro de nuestra área de servicio, como se describe en otras secciones de este acuerdo. Esto puede ocurrir cuando el pago correspondiente del Host Blue sea superior al pago de un proveedor no participante dentro de nuestra área de servicio. Podemos optar por negociar un pago con ese proveedor de manera excepcional.

A menos que se indique lo contrario, en cualquiera de estas situaciones, el miembro puede ser responsable de la diferencia entre el monto que el proveedor no participante factura y el pago que nosotros haremos por los servicios cubiertos, según lo establecido en este párrafo.

C. BlueCross BlueShield Global® Core

1. Información general

Si los miembros están fuera de los Estados Unidos, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU (en adelante, “área de servicio de BlueCard”), pueden aprovechar el programa BCBS Global Core para acceder a servicios cubiertos. El programa BCBS Global Core se diferencia del programa BlueCard en ciertos aspectos. Por ejemplo, aunque el programa BCBS Global Core

ayuda a los miembros a acceder a una red de proveedores de servicios hospitalarios, ambulatorios y profesionales, la red no está gestionada por un Host Blue. Por lo tanto, cuando los miembros reciben atención de proveedores fuera del área de servicio de BlueCard, en general tienen que pagar a los proveedores y enviar las reclamaciones ellos mismos para obtener un reembolso por esos servicios.

2. Servicios para pacientes hospitalizados

En la mayoría de los casos, si los miembros se contactan con el Centro de Servicio de BCBS Global Core para recibir asistencia, los hospitales no exigirán que los miembros paguen por los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos, excepto por los montos de costo compartido. En esos casos, el hospital enviará las reclamaciones de los miembros al Centro de Servicio de BCBS Global Core para que comiencen a procesarlas. Sin embargo, si el miembro pagó el monto total al momento de recibir el servicio, tendrá que enviar una reclamación para obtener el reembolso por los servicios cubiertos. **Los miembros deben contactarnos para obtener certificación previa para los servicios para pacientes hospitalizados que no sean de emergencia.**

3. Servicios para pacientes ambulatorios

Los médicos, los centros de atención de urgencia y otros proveedores ambulatorios ubicados fuera del área de servicio de BlueCard normalmente requerirán que los miembros paguen el monto total al momento de recibir el servicio. Los miembros deben enviar una reclamación para obtener el reembolso por los servicios cubiertos.

4. Cómo enviar una reclamación a BCBS Global Core

Cuando los miembros pagan por los servicios cubiertos que recibieron fuera del área de servicio de BlueCard, deben enviar una reclamación para obtener el reembolso. En el caso de reclamaciones institucionales y profesionales, los miembros deben llenar un formulario de reclamación de BCBS Global Core y enviarlo junto con las facturas detalladas del proveedor al Centro de Servicio (la dirección figura en el formulario) para iniciar el procesamiento de las reclamaciones. Puede obtener el formulario de reclamación si se comunica con el Centro de Servicio o ingresa en línea a www.bcbsglobalcore.com. Si los miembros necesitan ayuda para presentar reclamaciones, deben llamar al Centro de Servicio al 1.800.810.BLUE (2583) o con cobro revertido al 1.804.673.1177 las 24 horas, los siete días de la semana.

SECCIÓN V
Quién está cubierto

A. Quién está cubierto conforme a este contrato.

Usted, el suscriptor a quien se le emite este contrato, está cubierto conforme a este contrato. Debe vivir o residir en nuestra área de servicio para estar cubierto conforme a este contrato. Debe tener ingresos familiares por encima del 138% hasta el 250% del nivel federal de pobreza. Si está inscrito en Medicare o Medicaid o un seguro de salud a bajo precio patrocinado por el empleador, no es elegible para adquirir este contrato. Además, si sus ingresos están por encima del 138% del nivel federal de pobreza, usted no es elegible para adquirir este contrato si es menor de 19 años o mayor de 64 años.

Debe informar los cambios que podrían afectar su elegibilidad durante el año, incluso si queda embarazada. Si queda embarazada mientras está cubierta conforme a este contrato, seguirá inscrita de acuerdo con la sección 369-ii de la Ley de Servicios Sociales de New York. Si continúa en el Essential Plan, tendrá cobertura durante el embarazo y un año después del parto. El periodo de cobertura posparto de 12 meses comenzará el último día de su embarazo y finalizará el último día del mes 12. También puede ser elegible para recibir Medicaid si sus ingresos familiares están por debajo del 223% del nivel federal de pobreza. Si quiere recibir cobertura de Medicaid y no del Essential Plan, debe contactarse con NYSOH.

B. Tipos de cobertura.

El único tipo de cobertura que se ofrece conforme al Essential Plan es la cobertura individual, lo que significa que solamente usted está cubierto. Si miembros adicionales de su familia también están cubiertos en virtud del Essential Plan, ellos recibirán un contrato aparte.

C. Inscripción.

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

SECCIÓN VI
Cuidado preventivo

Consulte la sección Tabla de beneficios de este contrato ver los requisitos de costos compartidos, los límites de días o visitas, así como cualquier requisito de referencia que corresponda a estos beneficios.

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

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

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

   Puede realizarse un examen físico una vez por año calendario, independientemente de que se hayan cumplido o no 365 días desde la visita anterior para el examen físico. Las pruebas de detección de la vista no incluyen las refracciones.
   Este beneficio no está sujeto a copagos, o coseguro cuando es provisto de acuerdo con las guías integrales respaldadas por la HRSA o se trata de artículos o servicios con una clasificaciòn de “A” o “B” del USPSTF.

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

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

D. Mamografías, pruebas de detección y diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama. Cubrimos mamografías, que se pueden proporcionar por tomosíntesis de mamas (es decir, mamografías 3D), para la detección del cáncer de mama de la siguiente manera:

- Una (1) mamografía de detección inicial para miembros que tengan entre 35 y 39 años; y
- Una (1) mamografía de detección anual para miembros que tengan 40 años o más.

Si un miembro de cualquier edad o un familiar de primer grado tienen antecedentes de cáncer de mama, cubriremos las mamografías según lo recomiende el proveedor del miembro. Sin embargo, en ningún caso se cubrirá más de una (1) prueba de detección preventiva por año del plan.
Las mamografías para la detección del cáncer de mama no están sujetas a copagos ni coseguros.

También cubrimos pruebas de detección y diagnóstico por imágenes adicionales para la detección del cáncer de mama, incluidas mamografías de diagnóstico, ultrasonidos de mamas y resonancias magnéticas (MRI). Las pruebas de detección y el diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama, incluidas mamografías de diagnóstico, ecografías de mama y MRI, no están sujetas a copagos ni coseguros.

E. Planificación familiar y servicios de salud reproductiva. Cubrimos los servicios de planificación familiar que incluyen métodos anticonceptivos aprobados, autorizados o concedidos por la FDA, recetados por un proveedor y que de otra manera no estarían cubiertos conforme a la sección Cobertura de medicamentos recetados de este contrato; educación y consejería para el

paciente sobre el uso de métodos anticonceptivos y temas relacionados; servicios de seguimiento relacionados con los métodos anticonceptivos, incluido el manejo de los efectos secundarios, consejería para el cumplimiento continuo y la colocación y el retiro de dispositivos; y procedimientos de esterilización para las mujeres. Esos servicios no están sujetos a copagos ni coseguros.

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

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

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

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

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

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

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

Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguros.

H. Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP). Cubrimos los servicios de prevención de la diabetes proporcionados a través de programas reconocidos por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para personas con riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El beneficio cubre 22 sesiones grupales de capacitación en el transcurso de 12 meses. Usted podría ser elegible para recibir servicios del NDPP si tiene una recomendación de un médico u otro profesional certificado, y si tiene al menos 18 años, no está embarazada actualmente, tiene sobrepeso u obesidad de acuerdo con el índice de masa corporal (IMC), no se le ha diagnosticado diabetes tipo 1 ni tipo 2 anteriormente Y, ADEMÁS, cumple con una de las siguientes condiciones:

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

I. Prueba de detección de cáncer de colon. Cubrimos la prueba de detección de cáncer de colon para miembros de 45 a 65 años, incluidos todos los exámenes de cáncer de colon y análisis de laboratorio de acuerdo con el USPSTF para personas con riesgo promedio. Este beneficio incluye una colonoscopia inicial u otra prueba médica para la detección de cáncer de colon y una colonoscopia de seguimiento realizada debido a un resultado positivo de una prueba de detección preventiva que no sea una colonoscopia.

SECCIÓN VII
Servicios médicos de emergencia prehospitalarios y de ambulancia

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

A. Transporte de emergencia en ambulancia.

1. Servicios médicos de emergencia prehospitalarios.

Cubrimos los servicios médicos de emergencia prehospitalarios en todo el mundo para el tratamiento de una condición de emergencia si dichos servicios los presta un servicio de ambulancia.
“Servicios médicos de emergencia prehospitalarios” significa la evaluaciòn y el tratamiento inmediatos de una condición 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 emitido según la Ley de Salud Pública de New York.
Sin embargo, solo cubriremos el transporte hasta un hospital, a través del servicio de ambulancia, cuando una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre medicina y salud, crea razonablemente que la ausencia de dicho transporte podría causar:

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

El servicio de ambulancia certificado según el artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York 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 que corresponda. Si no hay una tarifa negociada, le pagaremos al proveedor no participante el cargo habitual y acostumbrado para servicios médicos de emergencia prehospitalarios, que no deberá ser excesivo ni poco razonable. El cargo habitual y acostumbrado de los servicios médicos de emergencia prehospitalarios es el monto que sea menor entre el índice de FAIR Health en el percentil 80 y los cargos facturados por el proveedor.

2. Transporte de emergencia en ambulancia

Además de los servicios de emergencia prehospitalarios, cubrimos también el transporte de emergencia en ambulancia en todo el mundo provisto por un servicio de ambulancia certificado (ya sea ambulancia terrestre, acuática o aérea) hasta el hospital más cercano donde se proporcionen servicios de emergencia.

Esta cobertura incluye el transporte de emergencia en ambulancia hasta un hospital cuando el centro de origen no tiene la capacidad para tratar su condición de emergencia.

En caso de que no haya tarifas negociadas, pagaremos a un proveedor no participante, certificado según el artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York, el cargo habitual y acostumbrado por transporte de emergencia en ambulancia, que no deberá ser excesivo ni poco razonable. El cargo habitual y acostumbrado para el transporte de emergencia en ambulancia es el monto que sea menor entre el índice de FAIR Health en el percentil 80 calculado según el lugar de recogida y los cargos facturados por el proveedor.

Pagaremos a un proveedor no participante, no certificado según el artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York, el monto que hayamos negociado con el proveedor no participante por el transporte de emergencia en ambulancia o el cargo del proveedor no participante por dicho servicio. El monto negociado, sin embargo, no superará el cargo que cobre el proveedor no participante.

B. Transporte en ambulancia que no sea de emergencia.
Cubrimos el transporte en ambulancia que no sea de emergencia, a través de un servicio de ambulancia certificado entre centros cuando el transporte involucre alguno de los siguientes recorridos:

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

En caso de que no haya tarifas negociadas, pagaremos a un proveedor no participante certificado según el artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York el cargo habitual y acostumbrado por transporte en ambulancia que no sea de emergencia, que no deberá ser excesivo ni poco razonable. El cargo habitual y acostumbrado para el transporte en ambulancia que no sea de emergencia es el monto que sea menor entre el índice de FAIR Health en el percentil 80 calculado según el lugar de recogida y los cargos facturados por el proveedor.

Pagaremos a un proveedor no participante no certificado según el artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York el monto que hayamos negociado con el proveedor no participante por el transporte que no es de emergencia en ambulancia o el cargo del proveedor no participante por dicho servicio. El monto negociado, sin embargo, no superará el cargo que cobre el proveedor no participante.

C. Servicios de ambulancia aérea.

1. **Servicios de ambulancia aérea de emergencia.** Cubrimos el transporte en ambulancia aérea de emergencia en todo el mundo mediante un servicio de ambulancia certificado al hospital más cercano donde se puedan prestar

servicios de emergencia. Esta cobertura incluye el transporte de emergencia en ambulancia aérea hasta un hospital cuando el centro de origen no tiene la capacidad para tratar su condición de emergencia.

2. **Servicios de ambulancia aérea que no sean de emergencia.** Cubrimos el transporte en ambulancia aérea que no sea de emergencia a través de un servicio de ambulancia certificado entre centros cuando el transporte involucre alguno de los siguientes recorridos:

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

3. **Pagos por servicios de ambulancia aérea.** Pagaremos al proveedor participante el monto que hayamos negociado con dicho proveedor por el servicio de ambulancia aérea.

   Pagaremos al proveedor no participante el monto que hayamos negociado con dicho proveedor por el servicio de ambulancia aérea. El monto negociado, sin embargo, no superará el cargo que cobre el proveedor no participante.

   Si se presenta una disputa que involucra un pago por servicios de ambulancia aérea ante una entidad de resolución de disputas independiente (IDRE), pagaremos el monto, si lo hubiere, determinado por la IDRE para dichos servicios.

   Usted es responsable de pagar cualquier costo compartido por los servicios de ambulancia aérea. El proveedor no participante solo puede facturarle los costos compartidos. Si usted recibe una factura de un proveedor no participante por un monto mayor que sus costos compartidos, deberá comunicarse con nosotros.

D. Limitaciones/Términos de la cobertura.

- No cubrimos los gastos de viaje o de transporte, a menos que estén relacionados con una condición de emergencia o con el traslado a un centro aprobado por nosotros, independientemente de que el viaje o transporte haya sido indicado por un médico.
- No cubrimos el transporte que no sea en ambulancia, como una camioneta adaptada para personas con discapacidades, una camioneta o un taxi.
- La cobertura de ambulancia aérea relacionada con una condición de emergencia o con el transporte que no sea de emergencia se proporciona cuando el transporte en ambulancia terrestre no es apropiado para su condición médica; y cuando su condición médica requiere un transporte rápido e inmediato, que no se puede brindar a través de una ambulancia terrestre, y cuando se cumple una (1) de las siguientes condiciones:
  - El punto de recogida es inaccesible para un vehículo terrestre; o
  - Las grandes distancias u otros obstáculos (por ejemplo, el tránsito intenso) impiden el traslado a tiempo al hospital más cercano con las instalaciones apropiadas.

SECCIÓN VIII
Servicios de emergencia y atención de urgencia

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

A. Servicios de emergencia.

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

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

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

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

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

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

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

1. **Visitas al departamento de emergencias del hospital.** En el caso de que necesite tratamiento para una condición de emergencia, busque atención de inmediato en el departamento de emergencias del hospital más cercano o llame al 911. La atención en departamentos de emergencias no requiere una preautorización. **Sin embargo, en el departamento de emergencias solo están cubiertos los servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia.** Si no está seguro de si un departamento de emergencias del hospital es el lugar más adecuado para recibir atención, puede llamarnos antes de buscar tratamiento. Nuestros coordinadores de administración médica están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. Su coordinador lo enviará al departamento de emergencias de un hospital o a otro centro adecuado.

   No cubrimos el cuidado de seguimiento ni la atención de rutina que se proporcione en el departamento de emergencias de un hospital.

2. **Admisiones de emergencia en un hospital.** Si lo **admiten** en el hospital, usted o alguien en su nombre debe notificarnos al respecto llamando al número que figura en su tarjeta de identificación dentro de las 48 horas posteriores a la admisión o tan pronto como sea razonablemente posible.

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

3. **Pagos relacionados con servicios de emergencia.** Le pagaremos a un proveedor participante el monto que hemos negociado con ese proveedor por los servicios de emergencia. Le pagaremos a un proveedor no participante un monto que hayamos determinado como razonable para el servicio de emergencia, el cual, sin embargo, no superará el monto que cobre el proveedor no participante.

   Si se presenta una disputa que involucra un pago por servicios de emergencia ante una entidad de resolución de disputas independiente (IDRE), pagaremos el monto, si lo hubiere, determinado por la IDRE para dichos servicios.

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

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

1. **Dentro de la red.** Cubrimos la atención de urgencia de un médico participante o de un centro de atención de urgencia participante.

2. **Fuera de la red.** Cubrimos la atención de urgencia de centros de atención de urgencia o de médicos no participantes fuera de nuestra área de servicio.

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 ver los requisitos de costos compartidos, los límites de días o visitas, así como cualquier requisito de referencia o preautorización que corresponda a estos beneficios.

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

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

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

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

E. Servicios de quiropráctica.
Cubrimos los cuidados quiroprácticos cuando sean proporcionados por un doctor en quiropráctica (“quiropráctico”) en relaciòn con la detecciòn o correcciòn por medios manuales o mecánicos del desequilibrio estructural, la deformación o la subluxación en el cuerpo humano con el propósito de eliminar la interferencia nerviosa y los efectos de esta, en casos donde dicha interferencia es el resultado de una distorsión, desalineación o subluxación de la columna vertebral. Esto incluye evaluaciones, manipulación y cualquier modalidad. Todas las pruebas de laboratorio estarán cubiertas de acuerdo con los términos y condiciones de esta póliza contractual.

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

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

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

No cubrimos: los costos de los medicamentos o dispositivos de investigación; los costos de servicios que no sean de salud requeridos por usted para recibir el tratamiento; los costos de manejo de la investigación; o los costos que podrían no estar cubiertos según lo dispuesto en este contrato para los tratamientos no investigativos provistos en el ensayo clínico.

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

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

G. Servicios para la diabetes

Si le diagnostican diabetes, no deberá pagar el costo compartido [dentro de la red] por los siguientes servicios cubiertos.

- Visitas de atención primaria al consultorio para el diagnóstico, manejo y tratamiento de la diabetes. Sin embargo, es posible que se apliquen costos compartidos a otros servicios prestados durante la misma visita en que se prestaron los servicios para la diabetes. Además, si se proporciona un servicio para la diabetes durante una visita al consultorio, cuando dicho servicio no es el objetivo principal, de todos modos se aplicará el monto de costos compartidos que se aplicaría a la visita al consultorio;
- Una visita al consultorio para realizar un examen anual de retina dilatada, incluso cuando lo realiza un especialista;
- Una visita al consultorio para realizar un examen anual de pie diabético, incluso cuando lo realiza un especialista;
- Procedimientos y análisis de laboratorio para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes.

H. Diálisis.

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

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

- El proveedor no participante está debidamente certificado para realizar y ofrecer dicho tratamiento.
- El proveedor no participante está ubicado fuera de nuestra área de servicio.
- El proveedor participante que lo atiende ha emitido una orden escrita donde indica que es necesario el tratamiento de diálisis por parte del proveedor no participante.

- Usted nos notifica por escrito por lo menos 30 días antes de las fechas del tratamiento propuesto e incluye la orden escrita antes mencionada. El periodo de aviso 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 preautorizar el programa y el tratamiento de diálisis.
- Ofreceremos beneficios para no más de 10 tratamientos de diálisis proporcionados por un proveedor no participante por año calendario.
- Los beneficios para servicios de un proveedor no participante están cubiertos cuando se cumplen todas las condiciones anteriores y están sujetos a los costos compartidos correspondientes que se apliquen a los tratamientos de diálisis proporcionados por un proveedor participante. Sin embargo, usted también debe pagar cualquier diferencia entre el monto que habríamos pagado si el servicio hubiese sido prestado por un proveedor participante y el cargo del proveedor no participante.

I. Servicios de habilitación.
Cubrimos servicios de habilitación que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento para pacientes ambulatorios de un centro o en el consultorio de un profesional de cuidado médico por hasta 60 visitas por condición por año del plan. El límite de visitas se aplica a todas las terapias combinadas. A los efectos de este beneficio, “por condiciòn” se refiere a la enfermedad o lesión que origina la necesidad de recibir terapia.

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

a. Atención de enfermería a tiempo parcial o intermitente proporcionada por un enfermero profesional registrado o bajo su supervisión;
b. Servicios a tiempo parcial o intermitentes de un asistente de cuidado médico en el hogar;
c. Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla proporcionada por la agencia de cuidado médico en el hogar; y
d. Suministros médicos, medicamentos con receta y medicamentos recetados por un médico, y servicios de laboratorio prestados por o en nombre de la agencia de cuidado médico en el hogar en la medida en que dichos artículos habrían sido cubiertos durante una hospitalización o internación en un centro de enfermería especializada.

El cuidado médico en el hogar se limita a 40 visitas por año del plan. Cada visita que haga un miembro de la agencia de cuidado médico en el hogar se considera una (1) visita. Cada visita de hasta cuatro (4) horas de un asistente de cuidado médico en el hogar se considera una (1) visita. Cualquier servicio de rehabilitación o habilitación que reciba conforme a este beneficio no reducirá la cantidad de servicios disponibles según los beneficios de los servicios de rehabilitación o habilitación.

K. Tratamiento de la infertilidad.
Cubrimos los servicios para el diagnóstico y tratamiento (quirúrgico y médico) de la infertilidad. La "infertilidad" es una enfermedad o condición que se caracteriza 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 de la inseminación terapéutica con donante, o después de seis (6) meses de mantener relaciones sexuales regulares sin protección o de la inseminación terapéutica con donante para una mujer de 35 años o mayor. Se puede justificar la evaluación y el tratamiento precoces sobre la base del historial médico del miembro o los hallazgos físicos.

Esta cobertura está disponible de la siguiente manera:
1. Servicios básicos para la infertilidad. Se ofrecerán servicios básicos para la infertilidad a un suscriptor que sea un candidato apropiado para el tratamiento de la infertilidad. Para determinar la elegibilidad, seguiremos las guías establecidas por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva y el estado de New York.

Los servicios básicos para la infertilidad incluyen:

- Evaluación inicial;
- Análisis de semen;
- Evaluación de laboratorio;
- Evaluación de la función ovulatoria;
- Análisis poscoital;
- Biopsia endometrial;
- Ecografía pélvica;
- Histerosalpingografía;
- Sonohistografía;
- Biopsia testicular;
- Análisis de sangre; y
- Tratamiento médicamente apropiado de la disfunción ovulatoria.

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

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

Los servicios integrales para la infertilidad incluyen:

- Inducción y control de la ovulación;
- Ecografía pélvica;
- Inseminación artificial;
- Histeroscopia;
- Laparoscopía; y
- Laparotomía.

3. Servicios para la preservación de la fertilidad. Cubrimos servicios estándar para la preservación de la fertilidad cuando un tratamiento médico provocará directa o indirectamente infertilidad iatrogénica. Los servicios estándar para la preservación de la fertilidad incluyen la obtención, la preservación y el almacenamiento de los óvulos, el esperma o los embriones. “Infertilidad iatrogénica” se refiere al 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 intratubáricas de gametos o transferencias intratubáricas de cigotos;
- Costos relacionados con un donante de óvulos o esperma, incluidos los gastos médicos del donante;
- Criopreservación y almacenamiento de óvulos y esperma, excepto cuando se realiza como parte de los servicios para la preservación de la fertilidad;
- Criopreservación y almacenamiento de embriones;
- Kits para predecir la ovulación;
- Reversión de ligaduras de trompas;
- Reversión de vasectomías;
- Costos para la maternidad subrogada y todo lo relacionado con esta que no sean servicios cubiertos conforme a este contrato;
- Clonación; o
- Procedimientos médicos y quirúrgicos que son experimentales o están en etapa de investigación, a menos que un agente de apelaciones externas anule nuestra denegación.

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

L. 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 cuidado médico autorizado y deben ser proporcionados en un consultorio o por parte de una agencia autorizada o certificada para suministrar terapia de infusión. Todas las visitas para terapia de infusión en el hogar se contabilizan para su límite de visitas de cuidado médico en el hogar.

M. Interrupción del embarazo.
Cubrimos servicios de aborto. La cobertura de los servicios de aborto incluye cualquier medicamento recetado para un aborto, incluidos los genéricos y de marca, aun si esos medicamentos recetados no han sido aprobados por la FDA para estos procedimientos, pero son medicamentos reconocidos para abortos en uno de los siguientes compendios de referencia:

- Las listas modelo de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS);
- Las guías para la atención del aborto de la OMS; o
- El informe del Estudio de consenso de las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina.

Los servicios de aborto no están sujetos a costos compartidos.

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

Cubrimos pruebas médicas de precisión de biomarcadores, incluidas pruebas de un solo analito y pruebas de panel multiplex, realizadas en un laboratorio [participante] que esté certificado según las Enmiendas para el Mejoramiento de Laboratorios Clínicos (CLIA) o que esté exento de esta certificación por la FDA, con fines de diagnóstico, tratamiento, manejo adecuado o monitoreo continuo para guiar las decisiones del tratamiento de su enfermedad o condición cuando uno o más de los siguientes documentos reconocen la eficacia y la idoneidad de dichas pruebas:

- Indicaciones etiquetadas para una prueba aprobada o autorizada por la FDA o pruebas indicadas para un medicamento recetado aprobado por la FDA;
- Determinaciones sobre la cobertura nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o determinaciones sobre la cobertura locales del contratista administrativo de Medicare;

• Guías de prácticas clínicas reconocidas a nivel nacional; o Documentos y estudios científicos revisados por colegas y publicados o aceptados para su publicación por revistas médicas que cumplen con los requisitos nacionales para los textos científicos y que someten la mayoría de los artículos que publican a la revisión de expertos que no son miembros del personal editorial.

O. Atención de maternidad y recién nacidos.

1. Cubrimos los servicios de atención de maternidad prestados por un médico o una partera, un enfermero especializado, un hospital o un centro de maternidad. Cubrimos la atención prenatal (incluida una visita para estudios genéticos), el cuidado de posparto, el parto y las complicaciones del embarazo. (1) Para que los servicios de una partera tengan cobertura, la partera debe estar certificada conforme al artículo 140 de la Ley de Educación de New York, ejercer de conformidad con la Sección 6951 de la Ley de Educación de New York y estar afiliada o ejercer en un centro certificado conforme al artículo 28 de la Ley de Salud Pública de New York. No pagaremos los servicios de rutina duplicados proporcionados por una partera y un médico. Consulte la sección Servicios para pacientes hospitalizados de este contrato para conocer la cobertura de la atención de maternidad para pacientes hospitalizadas.

   Cubrimos apoyo, consejería y suministros para la lactancia, incluido el costo para alquilar o comprar un (1) sacaleches estándar por embarazo durante el periodo de lactancia.

2. Cubrimos los servicios prestados por una doula cuando los recomienda su médico o partera, asistente médico o enfermero especializado, o según lo disponga la ley estatal. Para que estos servicios estén cubiertos, la persona que los presta debe estar registrada en el directorio de doulas comunitarias del estado de New York, de acuerdo con el Título VI-a del Artículo 25 de la Ley de Salud Pública de New York.

   Cubrimos ocho (8) visitas prenatales o de posparto por embarazo. Cubrimos una visita de apoyo presencial de una doula por embarazo, durante el parto y el nacimiento.

P. Visitas al consultorio.

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

Q. Servicios hospitalarios ambulatorios.

Cubrimos los servicios y suministros hospitalarios, como se detalló en la sección Servicios para pacientes hospitalizados de este contrato, que puedan proporcionársele mientras recibe tratamiento en un centro para pacientes ambulatorios. Por ejemplo, los servicios cubiertos incluyen, entre otros, terapia de inhalación, rehabilitación

pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca. A menos que se le estén realizando pruebas previas a la admisión, los hospitales no son proveedores participantes para las pruebas y los procedimientos de laboratorio para pacientes ambulatorios.

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

- Las pruebas sean necesarias y coherentes con el diagnóstico y el tratamiento de la condición por la que se realiza la cirugía;
- Las reservas de cama de hospital y quirófano se realicen antes de las pruebas;
- La cirugía se lleve a cabo dentro de los siete (7) días luego de haber realizado las pruebas; y
- El paciente esté físicamente presente en el hospital para las pruebas.

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

T. Servicios de rehabilitación.
Cubrimos servicios de habilitación que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento para pacientes ambulatorios de un centro o en el consultorio de un profesional de cuidado médico por hasta 60 visitas por condición por año del plan. El límite de visitas se aplica a todas las terapias combinadas. A los efectos de este beneficio, “por condiciòn” se refiere a la enfermedad o lesiòn que origina la necesidad de recibir terapia.

Cubrimos la fisioterapia y la terapia del habla solo cuando:

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

Los servicios de rehabilitación cubiertos deben comenzar dentro de los seis (6) meses posteriores a la última fecha entre las siguientes:

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

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

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

V. Segundas opiniones.

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

2. **Segunda opinión quirúrgica.** Cubrimos una segunda opinión quirúrgica de un médico calificado sobre la necesidad de someterse a una cirugía.

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

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

En ocasiones, se pueden realizar dos o más procedimientos quirúrgicos durante la misma operación.
• A través de la misma incisión. Si los múltiples procedimientos quirúrgicos cubiertos se realizan a través de la misma incisión, pagaremos el procedimiento con el monto permitido más alto y el 50% del monto que pagaríamos de otra forma según este

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

X. Cirugía oral.
Cubrimos los siguientes procedimientos quirúrgicos dentales y orales limitados:

- Procedimientos quirúrgicos orales para huesos de la mandíbula o tejido circundante y servicios dentales necesarios para la reparación o el reemplazo de dientes naturales sanos debido a una lesión accidental. El reemplazo solamente está cubierto cuando la reparación no es posible. Los servicios dentales deben obtenerse dentro de los 12 meses de sufrir la lesión.
- Procedimientos quirúrgicos orales para huesos de la mandíbula o tejido circundante y servicios dentales necesarios debido a una enfermedad o anomalía congénita.
- Procedimientos quirúrgicos orales requeridos para la corrección de una condición fisiológica no dental que provocó un problema funcional grave.
- Remoción 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.

Y. Cirugía de reconstrucción de mamas.
Cubrimos la cirugía de reconstrucción de mamas o de la pared torácica luego de una mastectomía o una mastectomía parcial. La cobertura incluye: todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se haya realizado la mastectomía o la mastectomía parcial; cirugía y reconstrucción de la otra mama o de la pared torácica para lograr una apariencia simétrica; y complicaciones físicas de la mastectomía o la mastectomía parcial, incluidos los linfedemas, de la forma que usted y su médico tratante determinen apropiada. La cirugía de reconstrucción de la pared torácica incluye el cierre plano estético según lo define el Instituto Nacional del Cáncer. La cirugía de reconstrucción de mamas o de la pared torácica incluye el tatuaje del complejo del pezón y de la areola si dicho tatuaje lo realiza un profesional de cuidado médico. También cubrimos las prótesis mamarias implantadas luego de una mastectomía o una mastectomía parcial.

Z. 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 ha tenido como consecuencia un defecto funcional;
- Es producto de una cirugía o se presenta luego de una cirugía que fue necesaria debido a un traumatismo, una infección o una enfermedad de la parte involucrada; o
- Es de otro modo médicamente necesaria.

AA. Programa de telemedicina.
Además de prestar servicios cubiertos a través de telesalud, cubrimos consultas en línea entre usted y los proveedores que participan en nuestro programa de telemedicina para condiciones médicas que no sean una condición de emergencia. No todos los proveedores participantes forman parte de 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.

Nuestro programa de telemedicina permite a los miembros comunicarse con los médicos a través de un video de dos vías desde la comodidad de su hogar o consultorio. Para obtener acceso al programa, inicie sesión en su cuenta. Las condiciones médicas que serían apropiadas para este servicio incluyen, entre otras: síntomas de resfriado o influenza, dolores periódicos o cuestiones generales de salud. Requisitos técnicos para este servicio: Para tener acceso al cuidado médico en línea, se necesita una conexión a Internet de alta velocidad, un navegador web actualizado y Adobe Flash.

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

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

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

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

SECCIÓN X

Dispositivos, equipos y beneficios adicionales

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

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

1. **Equipos y suministros.**
   Cubrimos los siguientes equipos y suministros relacionados para el tratamiento de la diabetes cuando están recetados por su médico u otro proveedor legalmente autorizado para recetar:
   - Tiras reactivas de acetona
   - Tabletas reactivas de acetona
   - Alcohol o peróxido por pintas
   - Toallitas con alcohol
   - Todas las preparaciones de insulina
   - Kit de lanceta hematológica automática
   - Cartuchos para las personas con deficiencia visual
   - Sistemas de gestión de datos sobre la diabetes
   - Cartuchos desechables de insulina y para plumas
   - Dispositivos para dibujar para las personas con deficiencia visual
   - Equipo para el uso de la bomba
   - Glucagón para inyectar a fin de elevar la concentración de glucosa en sangre
   - Tiras reactivas de acetona para la glucosa
   - Kit de glucosa
   - Monitor de glucosa con o sin funciones especiales para las personas con deficiencia visual, soluciones de control y tiras reactivas para el monitor de glucosa en el hogar
   - Cinta reactiva para la glucosa
   - Análisis o tiras reactivas para la glucosa
   - Ayudas para inyecciones
   - Inyector (Busher) automático
   - Insulina
   - Entrega de cartuchos de insulina
   - Dispositivos para la infusión de insulina
   - Bomba de insulina

- Lancetas
- Agentes orales, como tabletas y geles de glucosa
- Agentes orales antidiabéticos utilizados para reducir el nivel de azúcar en sangre
- Jeringa con aguja, caja estéril de 1 cc
- Productos para análisis de orina para medir glucosa y cetonas
- Suministros adicionales, según designe como apropiados para el tratamiento de la diabetes el Comisionado de Salud del estado de New York, por medio de una regulación.

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

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

- A través de un médico, otro proveedor de cuidados médicos autorizado para recetar en virtud del Título 8 de la Ley de Educación de New York o su personal durante una visita al consultorio;
- Después de la referencia de su médico u otro proveedor de cuidados médicos autorizado para recetar en virtud del Título 8 de la Ley de Educación de New York a los siguientes educadores médicos que no son médicos: enfermeros educadores certificados de diabetes, nutricionistas certificados, dietistas certificados y dietistas registrados en un entorno grupal cuando sea factible; y
- La educación también se impartirá en su hogar cuando sea médicamente necesario.

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

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

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

Estos artículos también requieren una preautorización y se revisarán para determinar su necesidad médica. Si corresponde un protocolo de terapia escalonada a su solicitud de cobertura de un medicamento recetado para la diabetes, usted, la persona que usted designe o su profesional de cuidado médico pueden solicitar una determinación de anulación de la terapia escalonada como se detalla en la sección Revisión de utilización de este contrato. No agregaremos requisitos de terapia escalonada a un medicamento recetado para la diabetes en nuestro formulario durante un año del plan a menos que los requisitos se agreguen conforme a preocupaciones de seguridad de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

B. Equipo médico duradero y férulas.

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

1. **Equipo médico duradero.**

   El equipo médico duradero es un equipo que:

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

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

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

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

C. Audífonos.

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

   Los servicios cubiertos están disponibles para un audífono que se compre como resultado de una recomendación por escrito de un médico e incluyen el audífono y los cargos por la colocación y las pruebas asociadas. Cubrimos una única compra (incluida la reparación y/o el reemplazo) de audífonos para uno (1) o ambos oídos una vez cada tres (3) años.

2. **Implantes cocleares.**
   Cubrimos audífonos que se fijan en el hueso (es decir, implantes cocleares) cuando son médicamente necesarios para corregir una discapacidad auditiva. Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que los audífonos que se fijan en el hueso son médicamente necesarios:
   - Anomalías craneofaciales donde los conductos auditivos anormales o faltantes imposibilitan el uso de un audífono portátil; o
   - Pérdida de la audición de una gravedad tal que no podría remediarse de forma adecuada con un audífono portátil.

Se proporciona cobertura para un (1) audífono por oído durante todo el periodo de tiempo que usted esté inscrito conforme a este contrato. Cubrimos la reparación y/o el reemplazo de un audífono que se fija en el hueso únicamente por mal funcionamiento.

D. Hospicio.

El cuidado para enfermos terminales está disponible si su médico tratante principal ha certificado que usted tiene seis (6) meses de vida o menos. Cubrimos el cuidado para enfermos terminales para pacientes internados en un hospital o un hospicio y los servicios de cuidado médico en el hogar y para pacientes ambulatorios prestados por el hospicio, incluidos los medicamentos y los suministros médicos. Se proporciona cobertura para 210 días de cuidado para enfermos terminales. También cubrimos cinco (5) visitas para atención de apoyo y orientación con el propósito de ayudarlos a usted y a su familia inmediata a sobrellevar los problemas emocionales y sociales relacionados con su muerte, ya sea antes o después de la muerte.

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

E. Suministros médicos.

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

F. Prótesis.

1. Dispositivos prostéticos externos.

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

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

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

No cubrimos plantillas para zapatos.

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

La cobertura incluye solo equipos estándar.

Cubrimos el costo de un (1) dispositivo prostético, por extremidad, 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 que están cubiertos con la garantía, o si la reparación o el reemplazo son consecuencias del uso incorrecto o abuso por su parte.

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 y su médico tratante determinen apropiada.

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

   La cobertura incluye solo equipos estándar.

SECCIÓN XI
Servicios para pacientes hospitalizados

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

A. Servicios hospitalarios.

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

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

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

B. Servicios de observación.

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

C. Servicios médicos para pacientes internados.
Cubrimos las visitas médicas de un profesional de cuidado médico en cualquier día de cuidado de pacientes hospitalizados que cubra este contrato.

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

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

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

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

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

H. Servicios de rehabilitación.
Cubrimos servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados, que consisten en 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.

Cubrimos la fisioterapia y la terapia del habla solo cuando:

1. Dicha terapia se relaciona con el tratamiento o diagnóstico de su enfermedad o lesión;
2. La terapia es solicitada por un médico; y
3. Usted ha sido hospitalizado o sometido a una cirugía por dicha enfermedad o lesión.

Los servicios de rehabilitación cubiertos deben comenzar dentro de los seis (6) meses posteriores a la última fecha entre las siguientes:

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

I. Centro de enfermería especializada.
Cubrimos los servicios prestados en un centro de enfermería especializada, incluso la atención y el tratamiento en una habitación semiprivada, según se detalla en la sección “Servicios hospitalarios” más arriba. La atenciòn 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 cuidado que no sea custodial o supervisado.

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

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

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

K. Limitaciones/Términos de la cobertura.

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

SECCIÓN XII
Servicios de cuidado de salud mental y por abuso de sustancias

Consulte la sección Tabla de beneficios de este contrato para obtener información sobre los requisitos de costos compartidos, los límites de días o visitas y cualquier otra información sobre requisitos de preautorización o referencia 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 Igualdad de la Salud Mental y Equidad de Adicciones de 2008.

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

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

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

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

También cubrimos servicios de cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de condiciones de salud mental, recibidos en centros que ofrecen tratamiento residencial, incluidos cargos por alojamiento y comida. La cobertura de los

servicios de tratamiento residencial se limita a los centros definidos en la Sección 1.03 de la Ley de Salud Mental de New York y a los centros de tratamiento residencial que forman parte de un centro de cuidado médico integral de los trastornos alimenticios identificado conforme al Artículo 30 de la Ley de Salud Mental de New York; y, en otros estados, la cobertura se limita a los centros que están autorizados o certificados para proporcionar el mismo nivel de tratamiento. A falta de un centro autorizado o certificado de manera similar, el centro debe estar acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Cuidado Médico o una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros.

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

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

1. **Pruebas de detección y diagnóstico.** Cubrimos evaluaciones, pruebas y análisis para determinar si alguien padece 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 certificados si usted no puede comunicarse a través de medios normales (es decir, el habla o la escritura) y cuando la evaluación indica que un dispositivo de comunicación asistida podría ofrecerle una mejor comunicación. Entre los ejemplos de dispositivos de comunicación asistida se incluyen los paneles de comunicación y los dispositivos de generación de voz. La cobertura se limita a dispositivos dedicados. Solo cubriremos dispositivos que generalmente no sean útiles para una persona que carezca de dificultades para la comunicación.
   No cubrimos elementos tales como, entre otros, computadoras portátiles, de escritorio o tabletas. Cubrimos software y/o aplicaciones que permitan que una computadora portátil, de escritorio o tableta funcionen como un dispositivo de generación de voz. La instalación del programa y/o el soporte técnico no se reembolsa por separado. Nosotros determinaremos si se debe comprar o alquilar el dispositivo.

   Cubrimos la reparación, los componentes de reemplazo y los ajustes de dichos dispositivos cuando sean necesarios debido al uso y desgaste normales o por un cambio significativo en su condición física. No cubrimos el costo de la reparación o del reemplazo necesarios debido a la pérdida o los daños causados por mal uso, maltrato o robo; sin embargo, cubrimos una (1) reparación o un reemplazo por tipo de dispositivo que sean necesarios debido a problemas de conducta. La cobertura se ofrecerá para el dispositivo más apropiado para su nivel funcional actual. No proporcionamos cobertura para los cargos por entrega o servicio o por mantenimiento de rutina.

3. **Tratamiento de la salud conductual.** Cubrimos programas de consejería y tratamiento que sean necesarios para desarrollar, mantener o recuperar, hasta el máximo nivel posible, las funciones de una persona. Proporcionaremos dicha cobertura cuando sea provista por un proveedor certificado. Cubrimos análisis conductual aplicado cuando es ofrecido por un profesional de cuidado médico autorizado o certificado en análisis conductual aplicado. “Análisis conductual aplicado” hace referencia al diseño, la implementación y la evaluación de modificaciones del entorno, mediante el uso de estímulos de la conducta y consecuencias, para producir mejoras socialmente significativas en la conducta humana, incluido el uso de la observación directa, la medición y el análisis funcional de la relación entre el entorno y la conducta.

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

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

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

7. **Limitaciones.** No cubrimos ningún servicio ni tratamiento estipulados anteriormente cuando dicho servicio o tratamiento se proporcione conforme a un plan educativo individualizado según la Ley de Educación de New York. La prestación de los servicios conforme a un plan de servicio familiar individualizado según la Sección 2545 de la Ley de Salud Pública de New York, un plan educativo individualizado según el Artículo 89 de la Ley de Educación de New York o un plan de servicio individualizado conforme a las disposiciones de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo del Estado de New York no deberá afectar la cobertura según este contrato para los servicios prestados de forma suplementaria fuera de un ámbito educativo si dichos servicios están recetados por un médico o un psicólogo certificados.

   Usted debe cumplir con las cláusulas sobre copagos, deducibles o coseguros correspondientes, según este contrato, para servicios similares. Por ejemplo, cualquier copago, deducible o coseguro que se aplique a las visitas de fisioterapia generalmente se aplicará también a los servicios de fisioterapia cubiertos según este beneficio; y cualquier copago, deducible 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 revisar los requisitos de costos compartidos que corresponden a los servicios de análisis conductual aplicado y los dispositivos de ayuda para la comunicación.

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

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

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

2. Servicios para pacientes ambulatorios. Cubrimos los servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del trastorno de abuso de sustancias, incluidos, entre otros, los servicios del programa de hospitalización parcial, los servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios, programas de tratamiento de adicción a los opioides como los servicios de apoyo de pares, consejería y tratamiento asistido con medicamentos. Dicha cobertura se limita a los centros del estado de New York que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por la OASAS para proporcionar servicios asociados con el trastorno de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios y los centros de estabilización de crisis certificados conforme a la sección 36.01 de la Ley de Salud Mental de New York; y, en otros estados, a aquellos centros que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por una agencia estatal similar y que estén acreditados por la Comisión Conjunta como programas de tratamiento del alcoholismo, el abuso de sustancias o la dependencia de sustancias químicas. La cobertura en un centro certificado por la OASAS incluye servicios relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de un trastorno de abuso de sustancias que sean prestados por un proveedor acreditado por la OASAS. La cobertura también está disponible en el consultorio de un profesional para servicios asociados al trastorno de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, que estén relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del

alcoholismo, el abuso y la dependencia de sustancias o prestados por médicos a los que se les haya concedido una exención conforme a la Ley Federal de Tratamientos para la Drogadicción de 2000 para recetar medicamentos narcóticos de las Listas III, IV y V para el tratamiento de la adicción a los opioides durante la etapa de desintoxicación aguda del tratamiento o durante las etapas de la rehabilitación.

SECCIÓN XIII
Cobertura de medicamentos recetados

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

A. Medicamentos recetados cubiertos.

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

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

Entre los medicamentos recetados cubiertos se incluyen los siguientes:

- Los medicamentos recetados para el tratamiento de la diabetes que figuran en nuestro formulario cuando los receta su médico u otro proveedor legalmente autorizado para hacerlo.
- Medicamentos recetados autoinyectables/autoadministrados.
- Inhaladores (con espaciadores).
- Preparaciones dentales tópicas.
- Vitaminas prenatales, vitaminas con flúor y vitaminas individuales.
- Medicamentos para la osteoporosis aprobados por la FDA o equivalentes genéricos como sustitutos aprobados para el tratamiento de la osteoporosis que cumplen con los criterios del programa federal Medicare o de los Institutos Nacionales de Salud.
- Fenilcetonuria, cetonuria de cadena ramificada, galactosemia y homocistinuria.
- Fórmulas de nutrición enteral recetadas y sin receta para uso en el hogar, ya sea para administración oral o para alimentación por sonda, para las cuales un médico u otro proveedor certificado ha emitido una orden por escrito. La orden escrita debe indicar que la fórmula enteral es médicamente necesaria y que se ha demostrado su eficacia como régimen de tratamiento para una enfermedad específica. Entre las enfermedades y los trastornos específicos se incluyen, entre otros: enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos u ácidos orgánicos, enfermedad de Crohn, reflujo gastroesofágico, motilidad gastroesofágica como pseudo obstrucción intestinal crónica y diversas alergias graves a los alimentos. Entre las

diversas alergias a los alimentos se incluyen, entre otras: alergias a varias proteínas de alimentos, mediadas y no mediadas por la inmunoglobulina E; síndrome grave de enterocolitis inducida por proteínas de alimentos; trastornos eosinófilos y absorción alterada de nutrientes a causa de trastornos que afectan la superficie absorbente, el funcionamiento, la extensión y la motilidad del tubo digestivo.

- Productos alimenticios sólidos modificados que tienen bajo contenido proteico o que contienen proteínas modificadas o una base de aminoácidos para tratar ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos, así como condiciones de alergias graves a las proteínas.
- Medicamentos recetados indicados junto con un tratamiento o con servicios cubiertos según el beneficio de tratamiento de la infertilidad y los servicios para la preservación de la fertilidad detallados 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 (1) de los siguientes compendios de referencia: American Hospital Formulary Service Drug Information; National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium; Thomson Micromedex DrugDex; Clinical Farmacology de Elsevier/Gold Standard; o cualquier otro compendio principal que esté identificado por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos Federal o por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; o recomendado por un artículo de revisión o comentario editorial en una publicación profesional principal revisada por colegas.
- Medicamentos anticancerígenos orales que se usan para destruir las células cancerosas o retrasar su desarrollo.
- Medicamentos para dejar de fumar, incluidos medicamentos de venta libre para los cuales se cuenta con una orden por escrito y medicamentos recetados indicados por un proveedor.
- Medicamentos recetados preventivos, incluidos los medicamentos de venta libre para los cuales hay una orden escrita, proporcionados de acuerdo con las guías integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) o que tengan una clasificaciòn de “A” o “B” del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).
- Medicamentos recetados para profilaxis previa a la exposición (PrEP) y profilaxis posterior a la exposición (PEP) para prevenir la infección por VIH.
- Medicamentos recetados para el tratamiento de los trastornos de salud mental y de abuso de sustancias, incluidos los medicamentos para la desintoxicación; el tratamiento de mantenimiento; todos los productos con buprenorfina, metadona y naltrexona inyectable de acción prolongada; y los medicamentos que pueden revertir una sobredosis de opioides, incluso cuando se dispensen como medicamentos de venta libre.
- Medicamentos para tratamiento a largo plazo y para reversión de sobredosis.

- Medicamentos, dispositivos y otros productos anticonceptivos, incluidos los medicamentos, dispositivos y otros productos anticonceptivos de venta libre, aprobados, autorizados o concedidos por la FDA y según lo indiquen o lo autoricen de otro modo las leyes estatales o federales. “Productos anticonceptivos de venta libre” se refiere a aquellos productos previstos en guías integrales respaldadas por la HRSA. La cobertura también incluye anticoncepción de emergencia cuando se proporciona conforme a una receta o cuando se proporciona legalmente sin receta. Puede solicitar cobertura para una versión alternativa de un medicamento, dispositivo u otro producto anticonceptivo, según lo determine su profesional de cuidado médico tratante. Puede solicitar una excepción si su profesional de cuidado médico tratante completa un formulario de excepción para anticoncepción y nos lo envía. Visite nuestro sitio web o llame al número que figura en su tarjeta de identificación para recibir una copia del formulario u obtener más información sobre este proceso de excepción.

Usted puede solicitar una copia de nuestro formulario. El formulario también está disponible en nuestro sitio web. Puede preguntar si un medicamento específico está cubierto según este contrato llamándonos al número que figura en su tarjeta de identificación.

B. Reposiciones.
Cubrimos las reposiciones de medicamentos recetados solo cuando se dispensen en una farmacia especializada, una farmacia minorista o una farmacia de pedido por correo, según lo indicado por un proveedor autorizado. No se proporcionarán beneficios para reposiciones cuando haya pasado un (1) año desde la fecha de la receta original. En el caso de gotas para ojos recetadas, permitimos la reposición limitada de la receta antes del último día del periodo de dosis aprobado, independientemente de cualquier restricción de cobertura sobre la reposición temprana de renovaciones. En la mayor medida posible, la cantidad de gotas para ojos de la reposición temprana se limitará a la cantidad restante de la dosis que se dispensó en un primer momento. Sus costos compartidos para la reposición limitada son el monto que se aplica a cada receta o reposición según lo estipulado en la sección Tabla de beneficios de este contrato.

Reposición de emergencia durante una emergencia por desastre estatal. Si se declara una emergencia por desastre a nivel estatal, usted, la persona que usted designe o su proveedor de cuidados médicos pueden de inmediato solicitar en su nombre una reposición para 30 días de un medicamento recetado que usted esté tomando. Usted pagará el costo compartido que se aplica a una reposición para 30 días. Ciertos medicamentos recetados, según lo determine el Comisionado de Salud de New York, no son elegibles para esta reposición de emergencia, incluidas las sustancias controladas de las categorías II y III.

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 especializada, una farmacia minorista o una farmacia de pedido por correo.

El diseño de su plan tiene tres (3) 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, más altos que para los medicamentos del Nivel 1, pero más bajos que para los del Nivel 3.

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

Cupones y otra asistencia financiera. Aplicaremos cualquier pago de terceros, asistencia financiera, descuentos u otros cupones que lo ayuden a pagar su costo compartido hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo.

2. **Farmacias participantes.** Para los medicamentos recetados comprados en una farmacia minorista o de pedido por correo participante, usted deberá pagar el monto más bajo de los siguientes:
    - Los costos compartidos correspondientes; o
    - El costo de ese medicamento recetado.

    (Sus costos compartidos jamás excederán el cargo habitual y acostumbrado del medicamento recetado).

3. **Farmacias no participantes.** No pagaremos ningún medicamento recetado que compre en una farmacia minorista o de pedido por correo no participante, salvo según lo descrito anteriormente.

4. **Farmacias especializadas.** Si usted necesita ciertos medicamentos recetados incluidos, entre otros, medicamentos recetados de especialidad, podemos recomendarle una farmacia especializada con la cual tenemos un acuerdo para ofrecer esos medicamentos recetados.

    Sin embargo, si la farmacia especializada no es una farmacia minorista, usted también puede obtener esos medicamentos recetados de una farmacia minorista, siempre que esa farmacia sea una farmacia participante y acepte el mismo monto de reembolso que la farmacia especializada.

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

Si lo envían a una farmacia especializada y usted elige no adquirir su medicamento recetado allí, no tendrá cobertura para ese medicamento recetado. Sin embargo, si la farmacia especializada no es una farmacia minorista, usted puede obtener su medicamento recetado en una farmacia minorista participante que acepte el mismo monto de reembolso que la farmacia designada que no es minorista.

Las clases terapéuticas de medicamentos recetados que se incluyen en este programa son las siguientes:

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

5. Farmacia minorista designada para medicamentos para tratamiento a largo plazo. También puede surtir su receta de medicamentos para tratamiento a largo plazo con un suministro para 90 días como máximo en una farmacia minorista designada, a excepción de los medicamentos, dispositivos o productos

anticonceptivos que están disponibles con un suministro para 12 meses. Usted debe pagar el monto más bajo de los siguientes:

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

(Sus costos compartidos jamás excederán el cargo habitual y acostumbrado del medicamento recetado).

A fin de aprovechar al máximo su beneficio, pídale a su proveedor una receta o una reposición con un suministro para 90 días con reposiciones cuando correspondan (no un suministro para 30 días con tres [3] reposiciones).

Las clases terapéuticas de medicamentos recetados o condiciones que se incluyen en este programa son las siguientes:

- Analgésicos, antiinflamatorios;
- Asma;
- Presión arterial;
- Agentes de terapia cardiovascular;
- Agentes del sistema nervioso central;
- Terapia para trastorno cognitivo;
- Anticonceptivos;
- Agentes dermatológicos;
- Diabetes;
- Terapia endócrina;
- Agentes gastrointestinales;
- Terapia genitourinaria;
- Agentes hematológicos;
- Colesterol alto;
- Agentes inmunodepresores;
- Agentes oftalmológicos y óticos;
- Agentes de terapia respiratoria;
- Productos vaginales

Usted o su proveedor pueden obtener una copia de la lista de medicamentos recetados disponibles a través de una farmacia minorista designada en nuestro sitio web o llamando al número que figura en su tarjeta de identificación. La lista de medicamentos para tratamiento a largo plazo se actualiza periódicamente. Visite nuestro sitio web o llame al número que figura en su tarjeta de identificación para saber si un medicamento recetado en particular está en la lista de medicamentos para tratamiento a largo plazo.

6. **Pedido por correo.** Ciertos medicamentos recetados pueden obtenerse a través de nuestra farmacia de pedido por correo. Usted debe pagar el monto más bajo de los siguientes:
    - Los costos compartidos correspondientes; o

- El costo de ese medicamento recetado.

(Sus costos compartidos jamás excederán el cargo habitual y acostumbrado del medicamento recetado).

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

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

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

Usted o su proveedor pueden obtener una copia de la lista de medicamentos recetados disponibles a través de una farmacia de pedido por correo en nuestro sitio web o llamando al número que figura en su tarjeta de identificación.

7. **Estado de clasificación por niveles.** El nivel de un medicamento recetado puede variar periódicamente, pero no más de cuatro (4) veces por año calendario, o cuando un medicamento de marca aparece disponible como medicamento genérico, como se explica a continuación, en función de nuestras decisiones de clasificación por niveles. Estos cambios pueden realizarse sin que usted reciba un aviso previo. Sin embargo, si tiene una receta para un medicamento que se cambiará a un nivel más alto o que se eliminará de nuestro formulario, se lo comunicaremos al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Cuando dichos cambios ocurren, su costo compartido puede cambiar. 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 de clasificación por niveles más actualizado en nuestro sitio web o llamar al número que figura en su tarjeta de identificación.

8. **Cuando un medicamento de marca aparece disponible como medicamento genérico.** Cuando un medicamento de marca aparece disponible como medicamento genérico, el nivel del medicamento recetado de marca puede cambiar. Si esto ocurre, usted deberá pagar los costos compartidos correspondientes al nivel en el que se asigne el medicamento recetado, o se eliminará el medicamento de marca del formulario y usted ya no tendrá beneficios para ese medicamento de marca determinado. Tenga en cuenta que,

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

9. **Proceso de excepción al formulario.** Si un medicamento recetado no está en nuestro formulario, usted, la persona que usted designe o el profesional de cuidado médico que receta pueden solicitar una excepción al formulario para un medicamento recetado clínicamente apropiado por escrito, por vía electrónica o telefónicamente. La solicitud debe incluir una declaración del profesional de cuidado médico que receta, en la cual se indique que todos los medicamentos del formulario serán o han sido ineficaces, no serían tan eficaces como el medicamento no incluido en el formulario o tendrían efectos adversos. Si se deniega la cobertura según nuestro proceso de excepción al formulario estándar o acelerado, usted tiene derecho a una apelación externa como se indica en la sección Apelación externa de este contrato. Visite nuestro sitio web o llame al número que figura en su tarjeta de identificación 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 profesional de cuidado médico que receta dentro de las 72 horas de que recibamos su solicitud. Lo notificaremos por escrito en un plazo de tres (3) días hábiles de haber recibido su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento recetado mientras lo esté tomando, incluida cualquier reposición.

   Revisión acelerada de una excepción al formulario. Si sufre de una condición médica que puede poner en grave peligro su salud, su vida o su capacidad para recuperar sus funciones por completo, o si actualmente se está sometiendo a un tratamiento con un medicamento recetado no incluido en el formulario, puede solicitar una revisión acelerada de una excepción al formulario. La solicitud debe incluir una declaración del profesional de cuidado médico que receta, en la que se indique que, razonablemente, usted podría resultar perjudicado si no se proporciona el medicamento solicitado dentro de los plazos de nuestro proceso estándar de excepción al formulario. Tomaremos una decisión y se la comunicaremos a usted o a la persona que usted designe y al profesional de cuidado médico que receta dentro de las 24 horas de que recibamos su solicitud. Lo notificaremos por escrito en un plazo de tres (3) días hábiles de haber recibido su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento recetado mientras usted sufra la condición médica que puede poner en grave peligro su salud, su vida o su capacidad para recuperar sus funciones por completo, o mientras dure el tratamiento actual con un medicamento recetado no incluido en el formulario.

10. **Límites de suministros.** No pagaremos más de un suministro para 30 días de un medicamento recetado comprado en una farmacia minorista [con excepción de los medicamentos, dispositivos o productos anticonceptivos]. Usted debe pagar un (1) monto de costo compartido por un suministro para 30 días como máximo.

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

    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 por el pago de un (1) monto de costo compartido para un suministro para 30 días hasta un máximo de dos montos y medio (2.5) de los costos compartidos para un suministro para 90 días.

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

11. **Suministro inicial limitado de medicamentos opioides recetados** Si recibe una receta inicial limitada con un suministro para siete (7) días o menos de cualquier opioide de las Listas II, III o IV indicado para el dolor agudo, y usted tiene un copago, este será prorrateado. Si recibe un suministro adicional del medicamento recetado dentro del periodo de 30 días en el cual recibió el suministro para siete (7) días, su copago por el resto del suministro para 30 días también será prorrateado. En ningún caso, el total del copago prorrateado superará su copago por un suministro para 30 días.

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

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

    Para determinar si un medicamento recetado es elegible para el programa voluntario de media tableta, ingrese a nuestro sitio web o llame al número que figura en su tarjeta de identificación

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

D. Administración médica.

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

1. **Preautorización.** Es posible que para adquirir ciertos medicamentos recetados se necesite una preautorización a fin de garantizar que se haga un uso adecuado de ellos y que se sigan las guías de cobertura de medicamentos recetados. Cuando corresponda, su proveedor tendrá la responsabilidad de obtener la preautorización para el medicamento recetado. En caso de que elija comprar el medicamento recetado sin obtener una preautorización, usted deberá pagar el

costo completo de dicho medicamento y presentarnos una reclamación para el reembolso. No se requiere preautorización para medicamentos recetados antirretrovirales cubiertos para el tratamiento o la prevención del VIH o SIDA y medicamentos para tratar trastornos de abuso de sustancias, incluso medicamentos que pueden revertir una sobredosis de opioides que se le hayan recetado o dispensado.

Si quiere obtener una lista de los medicamentos recetados que necesitan preautorización, visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. La lista se revisa y actualiza periódicamente. También nos reservamos el derecho de solicitar una preautorización para cualquier medicamento recetado nuevo en el mercado o para cualquier medicamento recetado que se encuentre disponible actualmente y que experimente un cambio en los protocolos y/o las indicaciones de prescripción, independientemente de la clase terapéutica, incluso si un medicamento recetado o un artículo relacionado de la lista no están cubiertos según su contrato. Su proveedor puede consultarnos para averiguar qué medicamentos recetados están cubiertos.

2. **Terapia escalonada.** La terapia escalonada es un proceso en el cual usted puede tener que usar uno (1) o más tipos de medicamentos recetados antes de que cubramos otro como médicamente necesario. Un “protocolo de terapia escalonada” se refiere a una política, un protocolo o un programa en el cual establecimos la secuencia en la que aprobamos los medicamentos recetados para su condición médica. Al establecer un protocolo de terapia escalonada, utilizamos criterios reconocidos de revisión clínica basados en la evidencia y revisados por pares que también tienen en cuenta las necesidades de las poblaciones de pacientes y diagnósticos atípicos. Controlamos algunos medicamentos recetados para asegurarnos de que se sigan pautas de emisión de recetas adecuadas. Estas guías lo ayudan a obtener medicamentos recetados de alta calidad y costo-efectivos. Los medicamentos recetados que requieren preautorización conforme al programa de terapia escalonada también están incluidos en la lista de medicamentos con preautorización. Si corresponde un protocolo de terapia escalonada a su solicitud de cobertura de un medicamento recetado, usted, la persona que usted designe o su profesional médico pueden solicitar una determinación de anulación de la terapia escalonada como se detalla en las secciones Revisión de utilización y Apelación externa de este contrato.

3. **Sustitución terapéutica.** La sustitución terapéutica es un programa opcional que les informa a usted y a sus proveedores sobre las alternativas a ciertos medicamentos recetados. Podemos ponernos en contacto con usted y su proveedor para informarlos acerca de estas opciones. Solo usted y su proveedor pueden determinar si el sustituto terapéutico es adecuado para usted. Contamos con una lista de medicamentos de sustitución terapéutica, que revisamos y actualizamos periódicamente. Si tiene preguntas o inconvenientes con los medicamentos de sustitución terapéutica, visite nuestro sitio web o llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

E. Limitaciones/Términos de la cobertura.

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

2. Los medicamentos recetados compuestos se cubrirán únicamente cuando contengan al menos un (1) ingrediente que sea un medicamento recetado con leyenda cubierto y se obtengan en una farmacia que esté aprobada para la preparación de medicamentos compuestos. Todos los medicamentos recetados compuestos que cuesten más de $200 requieren que su proveedor obtenga una preautorización.

3. De manera ocasional, se utilizarán distintos protocolos específicos y/o generalizados de “administraciòn de uso” para garantizar el uso adecuado de los medicamentos. Dichos protocolos serán consecuentes con las guías estándares de tratamiento médico o farmacológico. El principal objetivo de los protocolos es proporcionar a nuestros miembros un beneficio de medicamentos recetados centrado en la calidad. En caso de que se implemente un protocolo de administración de uso y usted esté tomando uno o más medicamentos afectados por el protocolo, 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 de este 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 de este contrato Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios.

6. No cubrimos medicamentos que no necesitan por ley una receta, excepto medicamentos para dejar de fumar o según lo estipulado de otra manera en este contrato. No cubrimos medicamentos recetados que tengan equivalentes sin receta de venta libre, excepto si han sido designados específicamente como cubiertos en el formulario de medicamentos, o según se estipule de otra forma en el presente contrato. Los equivalentes sin receta son medicamentos que se encuentran disponibles sin una receta y que tienen el mismo nombre/entidad química que sus homólogos con receta. No cubrimos productos reempaquetados, como kits terapéuticos o paquetes de conveniencia que incluyan un medicamento recetado cubierto, salvo que el medicamento recetado solamente esté disponible como parte de un kit terapéutico o paquete de conveniencia. Los kits terapéuticos o paquetes de conveniencia contienen uno o más medicamentos recetados y pueden incluir artículos de venta libre, como guantes, dediles, toallas higiénicas o emolientes tópicos.

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

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

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

10. Las farmacias no tienen la obligación de dispensar una receta que, según el criterio profesional del farmacéutico, no debe surtirse.

F. Condiciones generales.

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

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

y de aumento de las reservas para la protección de los miembros. Los reembolsos no cambiarán ni reducirán el monto de los copagos o coseguros aplicables según nuestra cobertura de medicamentos recetados.

G. Definiciones.

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

1. **Medicamento de marca:** Un medicamento recetado que: 1) se fabrica y se comercializa con un nombre comercial o una marca registrada de un fabricante de medicamentos específico, o que 2) nosotros identificamos como medicamento recetado de marca, según los recursos de datos disponibles. Es posible que no todos los medicamentos recetados identificados como "de marca" por el fabricante, la farmacia o su médico sean para nosotros medicamentos de marca.

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

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 (4) veces por año calendario o cuando un medicamento de marca aparece disponible como un medicamento genérico). Para determinar qué nivel se le ha asignado a un medicamento recetado en particular, visite nuestro sitio web o llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

4. **Medicamento genérico:** Un medicamento recetado que: 1) es químicamente equivalente a un medicamento de marca, o que 2) nosotros identificamos como medicamento genérico recetado según los recursos de datos disponibles. Es posible que no todos los medicamentos recetados identificados como "genéricos" por el fabricante, la farmacia o su médico sean para nosotros medicamentos genéricos.

5. **Medicamento para tratamiento a largo plazo:** Un medicamento recetado que se utiliza para tratar una condición considerada crónica o a largo plazo y que, por lo general, requiere un uso diario de medicamentos recetados.

6. **Farmacia no participante:** Una farmacia que no ha firmado un contrato con nosotros para proporcionar medicamentos recetados a los suscriptores. No pagaremos recetas ni reposiciones surtidas en una farmacia no participante, salvo según lo descrito anteriormente.

7. **Farmacia participante:** Una farmacia que:
   - Ha firmado contrato con nosotros o con nuestra persona designada para proporcionar medicamentos recetados a los miembros;
   - Ha acordado aceptar las tarifas de reembolso especificadas para dispensar medicamentos recetados; y
   - Ha sido designada por nosotros como una farmacia participante.

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

8. **Medicamento recetado:** Un medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la FDA; que puede, según la ley federal o estatal, ser dispensado únicamente conforme a una receta o reposición; y que se encuentra en nuestro formulario. Los medicamentos recetados incluyen aquellos medicamentos que, debido a sus características, son adecuados para la autoadministración o para la administración por parte de un cuidador no especializado.

9. **Costo del medicamento recetado:** El monto, que incluye el cargo del farmacéutico y cualquier impuesto a la venta, según el contrato que tenemos con nuestro administrador de beneficios de farmacia para un medicamento recetado cubierto dispensado en una farmacia participante. Si su contrato incluye cobertura en farmacias no participantes, el costo del medicamento recetado dispensado en una farmacia no participante se calcula utilizando el costo que se aplica a dicho medicamento recetado en particular en la mayoría de las farmacias participantes.

10. **Receta o reposición:** La directriz para dispensar un medicamento recetado emitida por un profesional de cuidado médico debidamente certificado, que actúa dentro del alcance del ejercicio de su profesión.

11. **Cargo habitual y acostumbrado:** El cargo habitual que una farmacia les cobra a las personas por un medicamento recetado, sin mención del reembolso a la farmacia por parte de terceros, tal como lo exige la Sección 6826-a de la Ley de Educación de New York.

SECCIÓN XIV
Beneficios de bienestar

A. Programa de descuento para miembros.
Como miembro, recibirá descuentos relacionados con la salud y el estilo de vida de proveedores participantes. Los descuentos están diseñados para fomentar conductas saludables; los ejemplos incluyen, entre otros, gimnasios, actividades recreativas, actividades culturales (es decir, yoga, actividades deportivas infantiles y programas de entrenamiento, etc.), clases de nutrición y de control de peso y del estrés. Consulte periódicamente nuestro sitio web para obtener un listado actualizado o llame al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación para obtener más información.

B. Programa de manejo de la diabetes
El objetivo de este programa de manejo de la diabetes es motivarlo para que tenga un rol más activo en el control de su enfermedad al darle acceso a recursos educativos y suministros, como un glucómetro, tiras reactivas y lancetas. Le proporcionamos beneficios adicionales en relación con el diagnóstico y tratamiento de la diabetes.
El método preferido para acceder al programa de manejo de la diabetes es a través de nuestro sitio web. Es necesario tener acceso a un dispositivo con Internet para poder participar en el programa de manejo de la diabetes. Sin embargo, si no tiene acceso a Internet, llámenos al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación y le daremos información sobre cómo participar sin acceso a Internet.
Tiene derecho a recibir un glucómetro con capacidad para conectarse a un celular, tiras reactivas y lancetas, por año del plan. No hay límite en la cantidad de suministros de prueba que usted tiene disponible. Durante su participación en este programa, los suministros de prueba serán repuestos y se enviarán a la dirección de su casa automáticamente. A través de nuestro programa de manejo de la diabetes, tendrá acceso a consultas de telesalud con proveedores de cuidados médicos que participan en este programa.

SECCIÓN XV
Cuidado de visión

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

A. Cuidado de visión.
Cubrimos cuidado de visión de emergencia, preventivo y de rutina.

B. Exámenes de visión.
Cubrimos exámenes de visión con el objetivo de determinar la necesidad de usar lentes correctivos, y si son necesarios, proporcionar una receta para dichos lentes. Cubrimos un examen de visión una (1) vez por año del plan, a menos que sea médicamente necesario realizar exámenes más frecuentes, según lo demuestre la documentación correspondiente. El examen de visión puede incluir, entre otros:

- Antecedentes del caso;
- Examen externo o interno del ojo;
- Examen oftalmoscópico;
- Determinación del estado refractivo;
- Distancia binocular;
- Pruebas de tonometría para detectar glaucoma;
- Pruebas de la visión en color y de los campos visuales generales; y
- Resumen de los resultados y recomendación para lentes correctivos.

C. Lentes y marcos recetados.
Cubrimos lentes recetados estándar o lentes de contacto una (1) vez por año del plan, a menos que la documentación correspondiente demuestre que, para usted, es médicamente necesario tener lentes o lentes de contacto nuevos con mayor frecuencia. Los lentes recetados pueden ser de vidrio o plástico. Si elije lentes no estándar, pagaremos el monto que habríamos pagado por lentes estándar y usted deberá pagar la diferencia entre el costo de los lentes estándar y los no estándar. La diferencia en el costo no se aplicará al cálculo del límite de gastos de bolsillo.

También cubrimos, una (1) vez por año del plan, marcos estándar adecuados para sostener los lentes, a menos que la documentación correspondiente demuestre que, para usted, es médicamente necesario tener marcos nuevos con mayor frecuencia. Si elige un marco no estándar, pagaremos el monto que habríamos pagado por un marco estándar y usted deberá pagar la diferencia entre el costo del marco estándar y el no estándar. La diferencia en el costo no se aplicará al cálculo del límite de gastos de bolsillo.

D. Cómo acceder a los servicios de la visión.
Si necesita encontrar un proveedor participante o cambiarlo, llámenos al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio web.

SECCIÓN XVI
Cuidado dental

Consulte la sección Tabla de beneficios de este contrato para ver los límites de días o visitas así como cualquier requisito de referencia o preautorización que corresponda a estos beneficios.

Cubrimos los siguientes servicios de cuidado dental:

A. Cuidado dental de emergencia. Cubrimos el cuidado dental de emergencia, que incluye un tratamiento de emergencia necesario para aliviar el dolor provocado por un traumatismo o una enfermedad dental. El cuidado dental de emergencia no está sujeto a nuestra preautorización.

B. Cuidado dental preventivo. Cubrimos el cuidado dental preventivo, que incluye procedimientos que ayudan a evitar el surgimiento de enfermedades bucales, entre ellos:

- profilaxis (raspado y pulido de los dientes) cada seis (6) meses.

C. Cuidado dental de rutina. Cubrimos cuidado dental de rutina en el consultorio de un dentista, que incluye:

- Exámenes, visitas y consultas dentales, en intervalos de seis (6) meses;
- Radiografías, de boca completa o panorámicas, en intervalos de 36 meses, radiografías de aleta de mordida en intervalos de 12 meses y otras radiografías si son médicamente necesarias (una vez que salgan los dientes primarios);
- Procedimientos para extracciones simples y otras cirugías dentales de rutina que no requieran hospitalización, incluidas la atención prequirúrgica y posquirúrgica; y
- Sedación consciente dentro del consultorio;
- Restauraciones de amalgama y composite (empastes).

D. Coronas. Cubrimos coronas, incluidas coronas de acero inoxidable, cuando sean médicamente necesarias. Se requiere preautorización.

E. Endodoncia. Cubrimos servicios de endodoncia, incluidos los procedimientos para el tratamiento de cámaras y canales pulpares enfermos, cuando no se requiere hospitalización.

Cubrimos tratamientos de conducto cuando son médicamente necesarios. Se requiere preautorización.

F. Periodoncia. Cubrimos servicios limitados de periodoncia. Cubrimos servicios no quirúrgicos de periodoncia. Cubrimos servicios quirúrgicos de periodoncia necesarios para el tratamiento relacionado con trastornos hormonales, terapia de medicamentos o defectos congénitos. También cubrimos servicios de periodoncia previos o como preparación para la ortodoncia cubiertos de otro modo por este contrato.

Cubrimos la prolongación de corona solo cuando está asociada con un procedimiento de corona o tratamiento de conducto médicamente necesario. Se requiere preautorización.

G. Prostodoncia. Cubrimos servicios de prostodoncia de la siguiente manera:

- Dentaduras postizas extraíbles completas o parciales, incluidos seis (6) meses de cuidado de seguimiento, cuando sean médicamente necesarias o para aliviar una condición grave o que se determine que afecta la inserción laboral; y
- Servicios adicionales, que incluyen la inserción de fichas de identificación, reparaciones, rebases y rebajes, y tratamiento del paladar hendido. Es posible que se requiera preautorización.

Las dentaduras postizas parciales y completas que ya no sirvan, se hayan perdido o roto, o se las hayan robado, no se reemplazarán durante un mínimo de ocho (8) años a partir de la colocación inicial; excepto cuando determinemos que es médicamente necesario. Las solicitudes de preautorización para reemplazo de dentaduras postizas antes de los ocho (8) años deben incluir una carta de su dentista, que explique las circunstancias específicas que requieren el reemplazo de la dentadura. Si las dentaduras postizas de reemplazo se solicitan dentro del periodo de ocho (8) años de haber sido reemplazadas una vez, la documentación de respaldo debe incluir una explicación de las medidas preventivas implementadas para disminuir la necesidad de futuros reemplazos.

Guía general para todas las prótesis extraíbles:

Se aprobarán dentaduras postizas completas y/o parciales únicamente cuando la prótesis existente no se pueda reparar, ni rebasar o rebajar. No se cubrirá el rebase o rebaje de una prótesis existente cuando dichos procedimientos se realicen como adicionales a una nueva prótesis para el mismo arco dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrega de una nueva prótesis. Solo se cubre el “acondicionamiento de tejido” dentro de los seis (6) meses previos a la entrega de la nueva prótesis.

No se cubre el servicio de limpieza de prótesis extraíbles o tejidos blandos no directamente relacionados con dientes naturales o implantes. La profilaxis y/o el raspado y alisado radicular solo están cubiertos cuando se realizan en dientes naturales.

Los aparatos protésicos “inmediatos” no son un servicio cubierto.

Otros servicios de prótesis extraíbles

El “acondicionamiento de tejido” para el rebase de tratamiento en el que se usan materiales diseñados para sanar crestas dañadas antes de una restauración final más definitiva es el **ÚNICO** tipo de rebase cubierto dentro de los seis (6) meses previos a la entrega de una nueva prótesis. La inserción de forrado para el acondicionamiento de tejido en dentaduras existentes se limita a una vez por dentadura.

Los puentes fijos no están cubiertos a menos que se requieran:

- Para el reemplazo de un solo diente anterior superior (incisivo central/lateral o canino) en un paciente con una dentición completa, funcional y/o restaurada en el resto de los dientes;
- La estabilización del paladar hendido; o
- Debido a la presencia de alguna condición neurológica o fisiológica que podría afectar la colocación de una prótesis extraíble, según lo demuestre la documentación médica.

Servicios de implantes dentales. Cubrimos implantes dentales, incluidos implantes individuales y servicios relacionados con implantes, cuando sean médicamente necesarios. Se requiere preautorización para estos servicios.

Las solicitudes de preautorización para los implantes deben incluir documentación de respaldo de su dentista. El consultorio de su dentista debe documentar, entre otras cosas, su historial médico, las condiciones médicas actuales que se están tratando, enumerar todos los medicamentos que está tomando actualmente, explicar por qué los implantes son médicamente necesarios y por qué otras alternativas funcionales cubiertas para el reemplazo protésico no corregirán su condición dental, y certificar que usted es un candidato adecuado para la colocación de implantes. Si su dentista indica que usted actualmente está en tratamiento por una condición médica grave, es posible que sea necesario presentar la documentación de su médico tratante.

H. Cirugía oral. Cubrimos la cirugía oral que no es de rutina, tal como extracciones óseas parciales o completas, reimplante de dientes, trasplante de dientes, acceso quirúrgico a un diente que no ha salido, movilización de un diente que ha salido o que está en mala posición a fin ayudar a que salga, y colocación de un dispositivo para facilitar que salga un diente impactado. También cubrimos cirugía oral previa o como preparación para la ortodoncia que de otra forma estaría cubierta por este contrato.

I. Ortodoncia. Cubrimos la ortodoncia que se usa para ayudar a restaurar la salud y el funcionamiento de las estructuras orales y para tratar condiciones médicas graves tales como paladar hendido y labio leporino; micrognatia maxilar/mandibular (quijada superior o inferior no desarrollada); prognatismo mandibular extremo; asimetría severa (anomalías craneofaciales); anquilosis de la unión temporomandibular; y otras displasias esqueléticas significativas.

Los procedimientos incluyen, entre otros:

- Expansión rápida del paladar (RPE);
- Colocación de piezas, (como brackets y bandas);
- Tratamiento interceptivo de ortodoncia;
- Tratamiento de ortodoncia completo (durante el cual los aparatos ortodónticos se colocan para un tratamiento activo y se ajustan de manera periódica);

- Terapia con aparato extraíble; y
- Retención ortodóntica (remoción de aparatos, construcción y colocación de retenedores).

J. Cómo acceder a los servicios dentales. Si necesita encontrar un dentista o cambiarlo, llámenos al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación. Los representantes de Servicio al Cliente están disponibles para ayudarlo. Muchos hablan su idioma, o bien, ofrecen servicios que traducirán la información a cualquier idioma que necesite.

SECCIÓN XVII
Exclusiones y limitaciones

Este contrato no proporciona cobertura para lo siguiente:

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

B. Atención para convalecientes y de custodia.
No cubrimos servicios relacionados con curas de descanso, cuidado custodial o supervisado ni transporte. El "cuidado custodial o supervisado" se refiere a ayuda para trasladarse, comer, vestirse, asearse, ir al baño y otras actividades similares. El cuidado custodial o supervisado no incluye servicios cubiertos que se determine que son médicamente necesarios.

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

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

E. Servicios dentales.
No cubrimos servicios de ortodoncia, a excepción de los que se detallan específicamente en la sección Cuidado dental de este contrato.

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

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

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

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

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

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

K. Medicare u otro programa gubernamental.
No cubrimos servicios si los beneficios de dichos servicios se proporcionan a través del programa federal de Medicare u otro programa gubernamental (excepto Medicaid).

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

M. 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 cobran, o pueden cobrarse, 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.

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

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

P. 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.

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

R. Servicios de la visión.
No cubrimos el examen ni la adaptación de anteojos o lentes de contacto.

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

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

SECCIÓN XVIII
Determinaciones de reclamaciones

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

B. Aviso de reclamación.
Las reclamaciones por servicios deben incluir toda la información designada por nosotros como necesaria para procesar la reclamación, lo que incluye, entre otros datos: número de identificación del miembro, nombre, fecha de nacimiento, fecha de servicio, tipo de servicio, el cargo por cada servicio, el código de procedimiento para el servicio según corresponda, el código de diagnóstico, el nombre y la dirección del proveedor que factura y la historia clínica de respaldo, de ser necesario. Si una reclamación no incluye toda la información necesaria, no se aceptará y deberá enviarse nuevamente con toda la información. Los formularios de reclamación se encuentran disponibles llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación. Los formularios de reclamación completos deben enviarse a la dirección que figura en la sección Cómo funciona su cobertura de este contrato. También puede enviarnos una reclamación en formato electrónico desde nuestro sitio web.

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

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

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

F. Determinaciones de reclamaciones previas al servicio.

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

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

2. **Revisiones urgentes previas al servicio.** Con respecto a las solicitudes urgentes previas al servicio, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, lo haremos y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe) por teléfono, dentro de las 72 horas luego de la recepción de la solicitud. Le enviaremos una notificación escrita dentro de los tres (3) días calendario de la fecha en que tomamos la decisión. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Usted tendrá 48 horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le daremos aviso por teléfono a usted (o a la persona que usted designe) dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la información o cuando finalice el periodo de 48 horas, lo que suceda antes. Le enviaremos una notificación escrita dentro de los tres (3) días calendario de la fecha en que tomamos la decisión.

G. Determinaciones de reclamaciones posteriores al servicio.

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

H. Pago de reclamaciones.
Si nuestra obligación de pagar una reclamación es razonablemente clara, la pagaremos en un plazo de 30 días luego de recibir la reclamación (si se envió por Internet o correo electrónico) y en un plazo de 45 días de recibir la reclamación (si se envió por otro medio, como una reclamación impresa o enviada por fax). Si solicitamos información adicional, pagaremos la reclamación en un plazo de 15 días a partir de nuestra determinación de pago, pero antes de que se cumplan 30 días (en el caso de las reclamaciones enviadas por Internet o correo electrónico) o 45 días (en el caso de las reclamaciones enviadas por otro medio, como una reclamación impresa o enviada por fax) después de recibir la información.

SECCIÓN XIX
Procedimientos de reclamos

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

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

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

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

Puede pedirnos que le enviemos una notificación electrónica de la determinación sobre un reclamo o apelación de un reclamo en lugar del aviso por escrito o por teléfono. Si desea recibir notificaciones electrónicas, debe avisarnos con anticipación. Para solicitar notificaciones electrónicas, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. Puede cancelar las notificaciones electrónicas en cualquier momento.

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

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

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

Llamar al Departamento de Salud del estado de New York al 1-800-206-8125
o escribir a la siguiente dirección:
New York State Department of Health
Office of Health Insurance Programs
Bureau of Consumer Services – Complaint Unit
Corning Tower – OCP Room 1609
Albany, NY 12237
Correo electrónico: managedcarecomplaint@health.ny.gov
Sitio web: www.health.ny.gov

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, también puede comunicarse con el Programa de Asistencia al Consumidor independiente del estado en:
Community Health Advocates
105 East 22nd Street
New York, NY 10010
O llame al número gratuito: 1-888-614-5400, escriba un correo electrónico a cha@cssny.org o ingrese en www.communityhealthadvocates.org

SECCIÓN XX
Revisión de utilización

A. Revisión de utilización.

Revisamos los servicios de salud para determinar si son o fueron médicamente necesarios o de naturaleza experimental o de investigación (médicamente necesarios). Este proceso se denomina revisión de utilización. La revisión de utilización incluye todas las actividades de revisión, ya sea cuando se llevan a cabo antes de que se preste el servicio (preautorización), en el momento de prestar el servicio (concurrente) o después de que se haya prestado el servicio (retrospectiva). Si tiene alguna pregunta acerca del proceso de revisión de utilización, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación. 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.

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

Hemos desarrollado guías y protocolos para que nos asistan en el proceso. Utilizaremos herramientas de criterios de revisión clínica basadas en la evidencia y evaluadas por pares, que sean adecuadas para la edad del paciente y estén designadas por la OASAS para el tratamiento del trastorno de abuso de sustancias o aprobadas por la Oficina de Salud Mental (OMH) para el tratamiento de la salud mental. Las guías y los protocolos específicos están disponibles a su solicitud para que los revise. Para obtener más información, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Puede pedirnos que le enviemos una notificación electrónica de la determinación de la revisión de utilización en lugar del aviso por escrito o por teléfono. Si desea recibir notificaciones electrónicas, debe avisarnos con anticipación. Para solicitar notificaciones electrónicas, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. Puede cancelar las notificaciones electrónicas en cualquier momento.

B. Revisiones de preautorizaciones.

1. **Revisiones de preautorizaciones no urgentes.** Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación relacionada con una revisión de preautorización, tomaremos la determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona designada por usted) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en el plazo de tres (3) días hábiles luego de la recepción de la solicitud.

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

2. **Revisiones de preautorizaciones urgentes.** Con respecto a las solicitudes de preautorizaciones urgentes, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, lo haremos y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor, por teléfono, dentro de las 72 horas luego de la recepción de la solicitud. Le enviaremos una notificación escrita dentro de los tres (3) días hábiles luego de la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Entonces, usted o su proveedor tendrán 48 horas para presentar la información. Tomaremos una determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, dentro de las 48 horas luego de la recepción de la información o cuando finalice el periodo de 48 horas, lo que suceda primero.

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

4. **Centros de estabilización de crisis.** No están sujetos a preautorización los servicios prestados en centros de estabilización de crisis participantes certificados en virtud de la Sección 36.01 de la Ley de Salud Mental de New York y, en otros estados, en aquellos centros que estén acreditados por la Comisión Conjunta como programas de tratamiento del alcoholismo o de la dependencia de sustancias químicas y abuso de sustancias, y que tengan licencias, estén certificados o autorizados de algún otro modo en el estado donde se encuentra el centro. Podemos revisar el tratamiento proporcionado en los centros de estabilización de crisis de forma retrospectiva a fin de determinar si era médicamente necesario y utilizaremos las herramientas de revisión clínica designadas por la OASAS o aprobadas por la OMH. Si algún tratamiento en un centro de estabilización de crisis participante es denegado por no ser médicamente necesario, usted solo es responsable por cualquier costo compartido que de otra forma se aplicaría a su tratamiento.

5. **Preautorización del tratamiento para la rabia.** El tratamiento antirrábico posterior a la exposición autorizado por una autoridad sanitaria del condado es suficiente para que nosotros consideremos el tratamiento como preautorizado.

C. Revisiones concurrentes.

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

2. **Revisiones concurrentes urgentes.** Para revisiones concurrentes que impliquen una extensión de la atención de urgencia, si la solicitud de cobertura se realiza al menos con 24 horas de antelación al vencimiento de un tratamiento previamente aprobado, tomaremos una determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor por teléfono dentro de las 24 horas de recibida la solicitud. Le enviaremos una notificación escrita en un plazo de un (1) día hábil luego de la recepción de la solicitud.

   Si la solicitud de la cobertura no se realiza, al menos, con 24 horas de antelación al vencimiento de un tratamiento previamente aprobado y contamos con toda la información necesaria para tomar la determinación, tomaremos la determinación y le enviaremos una notificación escrita a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor en un plazo de 72 horas o de un (1) día hábil luego de recibida

la solicitud, lo que suceda primero. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Entonces, usted o su proveedor tendrán 48 horas para presentar la información. Tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación escrita a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor, en un plazo de un (1) día hábil o 48 horas luego de la recepción de la información, lo que suceda primero, o, si no recibimos la información, en un plazo de 48 horas luego de la finalización del periodo de 48 horas.

3. **Revisiones de cuidado médico en el hogar.** Luego de recibir una solicitud de cobertura para servicios de cuidado médico en el hogar después de una admisión en un hospital para pacientes internados, tomaremos una determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de un (1) día hábil luego de recibida la información necesaria. Si el día siguiente a la solicitud cae fin de semana o día feriado, tomaremos una determinación y le daremos aviso a usted (o a la persona que usted designe) y a su proveedor dentro de las 72 horas de recibida la información necesaria. Cuando recibimos una solicitud para servicios de cuidado médico en el hogar y toda la información necesaria antes de su alta de una admisión en un hospital para pacientes internados, no negaremos la cobertura de los servicios de cuidado médico en el hogar mientras nuestra decisión sobre la solicitud esté pendiente.

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

5. **Tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados en centros participantes que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por la OASAS.** El tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados en un centro participante que tenga licencia, esté certificado o autorizado de algún otro modo por la OASAS no está sujeto a preautorización. La cobertura no estará sujeta a la revisión concurrente durante los primeros 28 días de la admisión como paciente hospitalizado, si el centro certificado por la OASAS nos notifica tanto la admisión como el plan de tratamiento inicial en el término de dos (2) días hábiles a partir de la fecha de admisión. Después de los primeros 28 días de la admisión como paciente hospitalizado, podemos revisar la estadía completa para determinar si es médicamente necesaria y utilizaremos las herramientas de revisión clínica designadas por la OASAS. Si se deniega una parte de la estadía por no ser médicamente necesaria, usted solamente debe pagar los costos compartidos dentro de la red que, de otro modo, hubieran correspondido para su admisión como paciente hospitalizado.

6. **Tratamiento del trastorno de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios en centros participantes certificados por la OASAS.** La cobertura para pacientes ambulatorios, pacientes ambulatorios con tratamiento intensivo, la rehabilitación y el tratamiento con opioides para pacientes ambulatorios en un centro participante certificado por la OASAS no está sujeta a preautorización. La cobertura no estará sujeta a la revisión concurrente durante las primeras cuatro (4) semanas del tratamiento continuo, que no debe exceder las 28 visitas, si el centro certificado por la OASAS nos notifica tanto el inicio del tratamiento como el plan de tratamiento inicial en el término de dos (2) días hábiles. Después de las primeras cuatro (4) semanas de tratamiento continuo, que no debe exceder las 28 visitas, podemos revisar todo el tratamiento para el paciente ambulatorio a fin de determinar si es médicamente necesario y utilizaremos las herramientas de revisión clínica designadas por la OASAS. Si se deniega una parte del tratamiento para pacientes ambulatorios por no ser médicamente necesario, usted solamente debe pagar los costos compartidos dentro de la red que, de otro modo, hubieran correspondido para su tratamiento como paciente ambulatorio.

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

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

E. Revisión retrospectiva de servicios preautorizados.
Solo podemos revertir un tratamiento, servicio o procedimiento preautorizado por medio de una revisión retrospectiva cuando:

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

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

1. **Fundamento y documentación de respaldo.** Una solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada debe incluir fundamento y documentación de respaldo de un profesional de cuidado médico que demuestre que:
   - El medicamento recetado requerido está contraindicado o probablemente le cause una reacción adversa o un daño físico o mental;
   - Se prevé que el medicamento recetado requerido será ineficaz según sus antecedentes clínicos conocidos, su condición y su régimen de medicamentos recetados;
   - Usted probó el medicamento recetado requerido mientras estaba cubierto por nosotros o bajo su cobertura de seguro médico anterior, u otro medicamento recetado de la misma clase farmacológica o con el mismo mecanismo de acción y ese medicamento recetado se interrumpió debido a falta de eficacia o efectividad, efecto disminuido o un acontecimiento adverso;
   - Usted está estable con un medicamento recetado que seleccionó el profesional de cuidado médico para su condición médica, siempre que esto no impida que le pidamos que pruebe un equivalente genérico con una clasificación de AB; o
   - 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 condición concomitante o quizá reduzca su capacidad para lograr o mantener una capacidad funcional razonable para realizar las actividades diarias.

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

3. **Revisión acelerada.** Si tiene una condición médica que pone su salud en grave riesgo sin el medicamento recetado por su profesional de cuidado médico, tomaremos una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada y se lo notificaremos a usted (o a la persona que usted designe) y a su profesional de cuidado médico en un plazo de 24 horas luego de recibir el fundamento y la documentación de respaldo.

Si el fundamento y la documentación de respaldo requeridos no se envían junto con la solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada, solicitaremos la información dentro de las 72 horas para las preautorizaciones y las revisiones retrospectivas, en el plazo que sea menor entre 72 horas o un (1) día hábil para las revisiones concurrentes, y 24 horas para las revisiones aceleradas. Usted o su profesional de cuidado médico tendrán 45 días calendario para presentar la información para las revisiones de preautorización, concurrentes y retrospectivas, y 48 horas para las revisiones aceleradas. Para las revisiones de preautorización, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a la persona que usted designe) y a su profesional de cuidado médico en un plazo de 72 horas luego de recibir la información o 15 días calendario luego de la fecha en que finaliza el periodo de 45 días, lo que suceda antes, si no se recibe la información. Para las revisiones concurrentes, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a la persona que usted designe) en un plazo de 72 horas o un (1) día hábil luego de recibir la información o 15 días calendario luego de la fecha en que finaliza el periodo de 45 días, lo que suceda antes, si no se recibe la información. Para las revisiones retrospectivas, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a la persona que usted designe) en un plazo de 72 horas luego de recibir la información o 15 días calendario luego de la fecha en que finaliza el periodo de 45 días, lo que suceda antes, si no se recibe la información. Para las revisiones aceleradas, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a la persona que usted designe) y a su profesional de cuidado médico en un plazo de 24 horas luego de recibir la información o 48 horas luego de la fecha en que finaliza el periodo de 48 horas, lo que suceda antes, si no se recibe la información.

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

Si determinamos que el protocolo de terapia escalonada se debe anular, autorizaremos una cobertura inmediata para el medicamento recetado por el profesional de cuidado médico que lo trata. Las determinaciones adversas de anulación de terapia escalonada son elegibles para una apelación.

G. Reconsideración.

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

H. Apelación interna de una revisión de utilización.
Usted, la persona que usted designe y, en los casos de revisión retrospectiva, su proveedor, pueden solicitar una apelación interna sobre una determinación adversa, ya sea por teléfono, en persona 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. En la respuesta se detallará, si es necesario, cualquier información adicional que se necesite para que se pueda tomar una decisión. Un colega clínico revisor que no esté subordinado al colega clínico revisor que tomó la determinación inicial adversa y que sea 1) un médico o 2) un profesional de cuidado médico de la misma especialidad, o una similar, que el proveedor que normalmente controla la enfermedad o condición en cuestión decidirá la apelación.

1. Denegación de servicios fuera de la red. Usted 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. Usted no es elegible para una apelación de revisión de utilización si el servicio que solicita está disponible por parte de un proveedor participante, aun si el proveedor no participante posee más experiencia en diagnosticar o tratar su condición. (Dicha apelación será tratada como un reclamo). En el caso de una apelación de revisión de utilización por la denegación de un servicio de salud fuera de la red, usted, o la persona que usted designe, debe presentar:

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

2. **Denegación de referencia fuera de la red.** También tiene derecho a apelar la denegación de una solicitud de referencia para un proveedor no participante si determinamos que contamos con un proveedor participante con la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de cuidado médico particulares y que puede proporcionar el servicio médico solicitado. En caso de una apelación de revisión de utilización de una denegación de referencia fuera de la red,

usted, o la persona que usted designe, debe presentar una declaración por escrito de su médico tratante, quien debe estar certificado, contar con la certificación del Colegio de Médicos o ser un médico que reúna los requisitos del Colegio de Médicos para desempeñarse en un área de especialidad adecuada para tratar su condición, que indique:

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

I. Apelación estándar.

1. **Apelación de una preautorización.** Si su apelación se relaciona con una solicitud de preautorización, decidiremos la apelación dentro de los 30 días calendario luego de recibida la solicitud de apelación. Se le enviará a usted (o a la persona que usted designe) una notificación escrita de la determinación y, si corresponde, también a su proveedor, dentro de los dos (2) días hábiles luego de que se tome la determinación, pero antes de los 30 días calendario luego de que se reciba la solicitud de apelación.

2. **Apelación retrospectiva.** Si su apelación se relaciona con una reclamación retrospectiva, tomaremos una decisión sobre la apelación en un plazo de 30 días calendario luego de recibir la información necesaria para llevar a cabo la apelación o 60 días luego de recibir la apelación, lo que suceda antes. Se le enviará a usted (o a la persona que usted designe) una notificación escrita de la determinación y, si corresponde, también a su proveedor, dentro de los dos (2) 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.** Las apelaciones por una revisión de servicios médicos continuados o extendidos, servicios adicionales prestados durante un tratamiento continuo, servicios de cuidado médico en el hogar luego del alta de una admisión en un hospital para pacientes internados, servicios en los que un proveedor solicita una revisión inmediata o cualquier otro asunto urgente se manejarán de forma acelerada. La apelación acelerada no está disponible para revisiones retrospectivas. Para una apelación acelerada, su proveedor tendrá un acceso razonable al colega clínico revisor asignado a la apelación en un plazo de un (1) día hábil luego de recibida la solicitud de apelación. Su proveedor y el colega clínico revisor pueden intercambiar información por teléfono o por fax. Una apelación acelerada se determinará dentro de las 72 horas de recibida la apelación o de dos (2) días hábiles de recibida la información necesaria para procesar la apelación, lo que suceda primero. Se le enviará a usted (o a la persona que usted designe) una notificación escrita de la determinación dentro de las 24 horas luego de que se tome la determinación, pero antes de las 72 horas luego que se reciba la solicitud de apelación.

Si no logramos proporcionar una determinación de su apelación dentro de los 60 días calendario luego de recibir la información necesaria para una apelación estándar o dentro de los dos (2) días hábiles de recibir la información necesaria para una apelación acelerada, esto se considerará una revocación de la determinación adversa inicial.

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

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

K. Asistencia para presentar apelaciones.
Si necesita ayuda para presentar una apelación, puede comunicarse con el Programa de Asistencia al Consumidor independiente del estado, a la siguiente dirección:
Community Health Advocates
633 Third Avenue, 10th Floor
New York, NY 10017
O llame al número gratuito: 1-888-614-5400, escriba un correo electrónico a cha@cssny.org o ingrese en www.communityhealthadvocates.org.

Si necesita ayuda para presentar una queja, también puede comunicarse con el Programa de Asistencia al Consumidor independiente del estado, a la siguiente dirección:
Community Health Advocates
633 Third Avenue, 10th Floor
New York, NY 10017
O llame al número gratuito: 1-888-614-5400, escriba un correo electrónico a cha@cssny.org o ingrese en www.communityhealthadvocates.org.

SECCIÓN XXI
Apelación externa

A. Su derecho a una apelación externa.

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

Para que usted sea elegible para una apelación externa debe cumplir con los dos (2) siguientes requisitos:

- El servicio, procedimiento o tratamiento debe ser un servicio cubierto conforme a este contrato; y
- En general, debe haber recibido una determinación final adversa a través de nuestro proceso de apelación interna. Sin embargo, puede presentar una apelación externa aunque no haya recibido una determinación adversa final a través de nuestro proceso de apelación interna si:
    - Aceptamos por escrito renunciar al proceso de apelación interna. No tenemos la obligación de aceptar su solicitud de renuncia al proceso de apelación interna; o
    - Usted presenta una apelación externa al mismo tiempo que solicita una apelación interna acelerada; o
    - 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 médicamente necesario.

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

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

Si hemos denegado la cobertura sobre la base de que el servicio es un tratamiento experimental o está en etapa de investigación (lo que incluye ensayos clínicos y tratamientos para enfermedades poco comunes), usted debe cumplir con los

dos (2) requisitos para una apelación externa anteriormente detallados en el párrafo “A”, y su médico tratante debe certificar que usted tiene una condiciòn o enfermedad para la cual:

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

Además, su médico tratante debe haberle recomendado una (1) de las siguientes opciones:

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

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

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

Si hemos denegado la cobertura de un tratamiento fuera de la red porque no es sustancialmente diferente al servicio de salud disponible dentro de la red, usted puede apelar ante un agente de apelación externa si cumple con los dos (2) requisitos para una apelaciòn externa anteriormente detallados en el párrafo “A”, y si ha solicitado la preautorización para el tratamiento fuera de la red. Además, su médico tratante debe

certificar que el servicio fuera de la red es sustancialmente diferente al servicio de salud alternativo recomendado dentro de la red y que, según dos (2) 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.

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

E. Su derecho a apelar una denegación de autorización fuera de la red para un proveedor no participante.
Si hemos denegado la cobertura de una solicitud de autorización para un proveedor no participante porque determinamos que contamos con un proveedor participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades médicas particulares, que puede prestar el servicio solicitado, usted puede apelar ante un agente de apelación externa si cumple con los dos (2) requisitos para una apelación externa anteriormente detallados en el párrafo “A”.

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

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

F. Su derecho a apelar una denegación de excepción al formulario.
Si hemos denegado su solicitud de cobertura de un medicamento recetado no incluido en el formulario a través de nuestro proceso de excepción al formulario, usted, la persona que usted designe o el profesional de cuidado médico que 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. Proceso de apelación externa.
Usted tiene cuatro (4) meses desde que recibe una determinación adversa final o desde que recibe una renuncia al proceso de apelación interna para presentar una solicitud por escrito para una apelación externa. Si presenta una apelación externa porque no cumplimos con los requisitos de procesamiento de reclamaciones, tiene cuatro (4) meses desde tal incumplimiento para presentar una solicitud por escrito para una apelación externa.

Le otorgaremos una solicitud de apelación externa con la determinación adversa final emitida a través de nuestro proceso de apelación interna o nuestra renuncia por escrito a una apelación interna. Puede pedir una solicitud de apelación externa al Departamento de Servicios Financieros del estado de New York llamando por teléfono al 1-800-400-8882. Envíe la solicitud completa al Departamento de Servicios Financieros a la dirección que se indica en la solicitud. Si cumple con los criterios para una apelación externa, el estado enviará la solicitud a un agente de apelaciones externas certificado.

Puede presentar información adicional con su solicitud de apelación externa. Si el agente de apelaciones externas determina que la información que usted presentó representa un cambio significativo con respecto a la información sobre la cual nosotros basamos nuestra denegación, dicho agente compartirá esta información con nosotros a fin de que podamos ejercer nuestro derecho a reconsiderar nuestra decisión. Si decidimos ejercer este derecho, tendremos tres (3) días hábiles para modificar o confirmar nuestra decisión. Tenga en cuenta que, en el caso de una apelación externa acelerada (detallada a continuación), no tenemos derecho a reconsiderar nuestra decisión.

En general, el agente de apelaciones externas debe tomar una decisión dentro de los 30 días a partir de la recepción de su solicitud completa. El agente de apelaciones externas puede solicitar que usted, su médico o nosotros le proporcionemos información adicional. Si el agente de apelaciones externas solicita información adicional, tendrá cinco (5) días hábiles adicionales para tomar una decisión. El agente de apelaciones externas debe comunicarle su decisión por escrito en un plazo de dos (2) días hábiles.

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

Si su solicitud interna de excepción al formulario recibió una revisión estándar a través de nuestro proceso de excepción al formulario, el agente de apelaciones externas debe tomar una decisión sobre su apelación externa y comunicársela a usted o a la persona que usted designe y al profesional de cuidado médico que receta, dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud completa. El agente de apelaciones externas se comunicará por escrito con usted o con la persona que usted designe y con el profesional de cuidado médico que receta, dentro de los dos (2) días hábiles luego de tomar una determinación. Si el agente de apelaciones externas revoca nuestra denegación, cubriremos el medicamento recetado mientras lo esté tomando, incluso cualquier reposición.

Si su solicitud interna de excepción al formulario recibió una revisión acelerada a través de nuestro proceso de excepción al formulario, el agente de apelaciones externas debe tomar una decisión sobre su apelación externa y comunicársela a usted o a la persona que usted designe y al profesional de cuidado médico que receta, dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud completa. El agente de apelaciones externas se comunicará por escrito con usted o con la persona que usted designe y con el profesional de cuidado médico que receta, dentro de los dos (2) días hábiles luego de tomar una determinación. Si el agente de apelaciones externas revoca nuestra denegación, cubriremos el medicamento recetado mientras usted sufra la condición médica que puede poner en grave peligro su salud, su vida o su capacidad para recuperar sus funciones por completo o por el tiempo que dure su tratamiento actual con el medicamento recetado que no está en el formulario.

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

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

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

Según las leyes del estado de New York, su solicitud completa para una apelación externa debe presentarse dentro de los cuatro (4) meses desde la fecha en la que recibió la determinación adversa final o la fecha en la que recibió una renuncia por escrito a cualquier apelación interna, o el incumplimiento de los requisitos de procesamiento de reclamaciones de nuestra parte. No tenemos la autoridad para extender este plazo.

SECCIÓN XXII
Terminación de la cobertura

Este contrato puede terminar de la siguiente manera:

A. Terminación automática de este contrato.
Este contrato terminará automáticamente

1. En el momento de su fallecimiento.

2. Cuando cumpla 65 años, su cobertura finalizará al final del mes de su cumpleaños o cuando sea elegible para Medicare, lo que ocurra primero.

3. Cuando sea elegible para Medicaid o se inscriba en el programa Medicaid, su cobertura terminará al finalizar el mes en el cual se determina que usted es elegible para Medicaid. Este contrato no terminará automáticamente si usted se vuelve elegible para Medicaid porque está embarazada o porque está atravesando el periodo de cobertura posparto de 12 meses. Si queda embarazada, sus ingresos familiares son menores al 223% del nivel federal de pobreza y quiere inscribirse en Medicaid en lugar del Essential Plan, debe comunicarse con NYSOH.

4. Cuando se haya modificado su estatus de inmigración y pase a ser elegible para recibir otra cobertura, incluso Medicaid, su cobertura terminará al finalizar el mes antes de que se determine que es elegible para Medicaid.

5. Cuando se inscriba en un programa diferente a través del Mercado de NY State of Health.

6. Cuando se haya inscrito en un seguro médico a bajo precio patrocinado por el empleador.

B. Terminación por parte del miembro.
Usted puede terminar este contrato en cualquier momento mediante una notificación escrita a NYSOH con 14 días de anticipación.

C. Terminación por nuestra parte.
Podemos terminar este contrato con una notificación escrita con 30 días de anticipación (a menos que se indique un plazo de aviso más largo a continuación) por los siguientes motivos:

1. Fraude o tergiversación intencional de un hecho sustancial.
   Si realizó algún acto que constituye fraude o incluyó, por escrito, una tergiversación intencional de un hecho sustancial en su solicitud de inscripción o con el fin de obtener cobertura para un servicio, este contrato se terminará inmediatamente mediante una notificación escrita dirigida a usted por parte de NYSOH. Sin embargo, si hace una tergiversación intencional de un hecho sustancial por escrito en su solicitud de inscripción, rescindiremos este contrato

si esos datos falsos nos hubieran llevado a negarnos a expedir este contrato y si la solicitud está relacionada con este contrato. Rescisión significa que la finalización de su cobertura tendrá un efecto retroactivo hasta la emisión de este contrato.

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

3. La fecha en que el contrato termina porque dejamos de ofrecer la clase de contratos a la cual pertenece este contrato, independientemente de la experiencia en reclamaciones o del estado relacionado con la salud de este contrato. Le enviaremos una notificación escrita con al menos cinco meses de anticipación.

4. La fecha en que el contrato termina porque finalizamos o dejamos de ofrecer toda la cobertura para hospitales y gastos médicos o quirúrgicos en el mercado individual, en este estado. Le enviaremos una notificación escrita con al menos 180 días de anticipación.

La terminación no afectará el derecho a una reclamación por beneficios que surgió antes de la terminación.

Consulte la sección Derecho de conversión a un nuevo contrato que figura luego de la sección Terminación de este contrato para conocer su derecho a un nuevo contrato individual.

SECCIÓN XXIII
Derecho de suspensión temporal para los miembros de las Fuerzas Armadas

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

1. Su servicio activo se extiende durante un periodo en el cual el presidente está autorizado a enviar unidades de reserva a los servicios activos, siempre y cuando dicho servicio activo adicional sea a instancias del gobierno federal, y para la conveniencia de este; y
2. Usted presta servicio durante menos de cinco (5) años de servicio activo.

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

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

En el caso de la cobertura que se suspendió mientras estaba en servicio activo, la cobertura será retroactiva a la fecha en la cual terminó el servicio activo.

SECCIÓN XXIV
Cláusulas generales

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

2. Cesión.
Usted no puede ceder beneficios en virtud de este contrato a ninguna persona, corporación u otra organización, salvo que se trate de una cesión a su proveedor por una factura sorpresa. Cualquier cesión que realice que no sea dinero por una factura sorpresa o una cesión de dinero que se debe a un hospital por servicios de emergencia, incluidos los servicios para pacientes hospitalizados luego de la atención en el departamento de emergencias, será anulada e inaplicable. Cesión significa la transferencia a otra persona, corporación u organización de su derecho a recibir los servicios proporcionados conforme a este contrato o su derecho a cobrar dinero de nosotros por esos servicios.

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

3. Cambios en este contrato.
Podemos cambiar de manera unilateral este contrato en el momento de la renovación si le enviamos notificación escrita con 60 días de anticipación.

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

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

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

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

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

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

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

11. Tarjetas de identificación.
Emitimos las tarjetas de identificación solo con fines de identificación. La posesión de una tarjeta de identificación no otorga derecho a obtener servicios o beneficios en virtud de este contrato.

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 se adjunten al contrato. Luego de dos años desde la fecha de emisión del presente contrato, ninguna tergiversación, excepto por las tergiversaciones fraudulentas hechas por usted en la solicitud de cobertura, se utilizarán para anular el contrato o denegar una reclamación.

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

14. Opiniones para el desarrollo de nuestras pólizas.
Usted puede participar en el desarrollo de nuestras pólizas llamando al número que figura en su tarjeta de identificación.

15. Accesibilidad a los materiales.
Le daremos tarjetas de identificación, contratos, cláusulas adicionales y otros materiales necesarios.

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

17. Aviso.
Todo aviso que le proporcionemos conforme a este contrato se enviará a su dirección tal como aparece en nuestros registros o se enviará de manera electrónica si dio su consentimiento para recibir avisos por esa vía. Usted acepta informarnos sobre

cualquier cambio en su dirección. Si tiene que enviarnos algún aviso, deberá hacerlo a través del correo de los EE. UU. con servicio prioritario y franqueo prepagado a la siguiente dirección: P.O. Box 61010, Virginia Beach, VA 23466-1010

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

19. Fecha de renovación.
La fecha de renovación de este contrato es 12 meses después de la fecha de entrada en vigencia de este contrato. Este contrato se renovará automáticamente todos los años en la fecha de renovación, siempre y cuando usted siga siendo elegible conforme al contrato y a menos que lo demos por terminado, según lo permita el contrato.

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

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

23. Marcas de servicio.
Por el presente, el suscriptor acepta expresamente que entiende que este contrato constituye un acuerdo únicamente entre el suscriptor y Anthem Blue Cross Blue Shield HP, que es una empresa independiente que opera bajo una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield (“Asociación”), que le permite a Blue Cross Blue Shield usar

las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en nuestra área de servicio, y que Anthem Blue Cross Blue Shield HP no celebra contratos como agente de la Asociación. Además, el suscriptor reconoce y acepta que no ha celebrado este acuerdo basado en declaraciones de ninguna persona que no sea Anthem Blue Cross Blue Shield HP, y que ninguna persona, entidad u organización distinta de Anthem Blue Cross Blue Shield HP será considerada responsable o tendrá obligaciones hacia el suscriptor en relación con las obligaciones de Anthem Blue Cross Blue Shield HP hacia el suscriptor creadas conforme a este acuerdo. Este párrafo no creará ninguna obligación adicional por parte de Anthem Blue Cross Blue Shield HP que no sean las obligaciones contraídas conforme a otras cláusulas de este acuerdo.

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

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

26. Subrogación y reembolso.
Estos párrafos se aplican cuando una parte (incluido cualquier asegurador) es, o puede llegar a ser, responsable de su lesión, enfermedad u otra condición y nosotros hemos proporcionado los beneficios relacionados con esa lesión, enfermedad o condición. Según lo permitan 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, de proceder directamente ante la otra parte para cobrar los beneficios que le proporcionamos.

Conforme a la ley estatal vigente, a menos que prevalezca la ley federal, tenemos el derecho de recibir un reembolso si usted o alguien en su nombre recibe el pago de una parte responsable (incluido su propio asegurador) del monto correspondiente a un seguro, resolución de un tribunal o acuerdo en relación con una lesión, enfermedad o condición para la cual le proporcionamos beneficios. Según la sección 5-335 de la Ley de Obligaciones Generales de New York, nuestro derecho de recuperación no corresponde cuando se ha llegado a un acuerdo entre el demandante y el demandado, a menos que exista un derecho reglamentario de reembolso. La ley también establece

que, al llegar a un acuerdo, se considerará que usted no llevó a cabo ninguna acción en contra de nuestros derechos ni violó ningún contrato entre usted y nosotros. La ley presume de manera concluyente que el acuerdo entre usted y la parte responsable no incluye una compensación por el costo de los servicios médicos para los cuales proporcionamos beneficios.

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

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

28. Plazo para presentar acciones legales.
No puede presentar una demanda, conforme a derecho o equidad, en nuestra contra hasta que hayan transcurrido 60 días de haber presentado ante nosotros una reclamación por escrito, como se exige en este contrato. Conforme a este contrato, podrá iniciar una demanda en nuestra contra dentro de los dos (2) años posteriores a la fecha en que se debió presentar la reclamación.

29. Servicios de traducción.
Hay servicios de traducción disponibles sin cargo conforme a este contrato para los suscriptores que no hablan inglés. Contáctenos al número que aparece en su tarjeta de identificación para acceder a estos servicios.

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

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

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

33. Quién recibe los pagos según este contrato.
Conforme a este contrato, los pagos por los servicios prestados por un proveedor participante se harán directamente al proveedor. Si recibe servicios de un proveedor no participante, nos reservamos el derecho de pagarle a usted o al proveedor, independientemente de si se realizó una cesión de beneficios.

En el caso de servicios médicos de emergencia prehospitalarios, transporte de emergencia en ambulancia terrestre y acuática, y transporte que no sea de emergencia en ambulancia, si usted asigna beneficios a un proveedor no participante certificado según el artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York, le pagaremos directamente al proveedor no participante. Si no cede beneficios a un proveedor no participante certificado según el artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York, le pagaremos a usted y al proveedor no participante de forma conjunta.

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

35. Su historia clínica e informes médicos.
Para proporcionarle cobertura según este contrato, es posible que necesitemos que obtenga su historia clínica e información de los proveedores que lo han tratado. Al aceptar cobertura conforme a este contrato, usted está de acuerdo con la divulgación de cualquier información médica sobre usted por parte de su PCP o sus proveedores de cuidados médicos a nosotros para que nosotros, una persona designada por nosotros o sus proveedores puedan usarla para realizar tratamientos, pagos u operaciones de cuidado médico. Esta información puede incluir información sobre VIH, salud mental, consumo de alcohol y sustancias, o una discapacidad. Al aceptar la cobertura conforme a este contrato, excepto según lo prohíba una ley estatal o federal, también autoriza a todos y cada uno de los proveedores que le prestan servicios a usted a:

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

Aceptamos mantener su información médica de conformidad con los requerimientos de confidencialidad estatales y federales. Sin embargo, excepto que esté prohibido por la ley estatal o federal, usted automáticamente nos otorga permiso para compartir su información con el Departamento de Salud del estado de New York y otras agencias locales, estatales y federales autorizadas con autoridad sobre Essential Plan; organizaciones de supervisión de calidad y terceros contratados para ayudarnos en la administración de este contrato; siempre y cuando también acepten mantener su información de conformidad con los requerimientos de confidencialidad estatales y federales. Si quiere revocar alguno de los permisos que otorgó para divulgar esta información, puede llamarnos al número que figura en su tarjeta de identificación.

36. Sus derechos y responsabilidades.

Como miembro, usted tiene derechos y responsabilidades cuando recibe cuidado médico. Como su socio de cuidado médico, deseamos garantizar que se respeten sus derechos cuando se le proporcionan beneficios de salud. Usted tiene derecho a recibir información completa y actualizada respecto de un diagnóstico, tratamiento y pronóstico de un médico u otro proveedor en términos que usted pueda entender con facilidad. Cuando no sea recomendable proporcionarle esa información, esta estará disponible para que una persona adecuada actúe en su nombre.

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

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

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

Tiene derecho a acceder a nuestros proveedores participantes.

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

- Entienda sus problemas de salud lo mejor posible y trabaje con sus proveedores para crear un plan de tratamiento en el que todos ustedes estén de acuerdo;
- Siga el plan de tratamiento que ha acordado con sus médicos o proveedores;
- Entréguenos o entregue a sus médicos y otros proveedores la información necesaria para ayudarlo a recibir el cuidado que necesita y todos los beneficios para los que es elegible conforme a este contrato. Esto puede incluir información acerca de otros beneficios de seguro médico que usted tenga, además de la cobertura que le proporcionamos; y
- Infórmenos si hay cambios en su nombre, dirección o dependientes cubiertos conforme a este contrato.

Si necesita más información o quiere contactarse con nosotros, visite nuestro sitio web o llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación.

Essential Plan 200-250 A
TABLA DE BENEFICIOS
Anthem Blue Cross Blue Shield HP

COSTOS COMPARTIDOS	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores participantes**	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores no participantes**	
Deducible			
• Individual	$0	No corresponde	
Límite de gastos de bolsillo			
• Individual	$0	No corresponde	
El coseguro y los copagos que componen su límite de gastos de bolsillo se acumulan en un año calendario que finaliza el 31 de diciembre de cada año.		Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos, excepto para la atención de emergencia y la atención de urgencia.	
VISITAS AL CONSULTORIO	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores participantes**	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores no participantes**	**Límites**
Visitas al consultorio del médico de atención primaria (o visitas a domicilio)	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Visitas al consultorio del especialista (o visitas a domicilio)	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
CUIDADO PREVENTIVO	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores participantes**	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores no participantes**	**Límites**
• Exámenes físicos anuales para adultos*	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Vacunas para adultos*	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Servicios ginecológicos de rutina/exámenes de control médico ginecológico*	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Mamografías, pruebas de detección y diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Procedimientos de esterilización para mujeres*	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Vasectomía	Consulte los costos compartidos de servicios quirúrgicos	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Densitometría ósea*	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Prueba de detección de cáncer de próstata	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Prueba de detección de cáncer de colon	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Cualquier otro servicio preventivo requerido por el USPSTF y la HRSA	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• *Cuando los servicios preventivos no se prestan de conformidad con las guías integrales respaldadas por el USPSTF y la HRSA.	Use el costo compartido para el servicio que corresponda (visita al consultorio de atención primaria, visita al consultorio del especialista, servicios de radiología de diagnóstico, pruebas de diagnóstico y procedimientos de laboratorio)	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores participantes**	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores no participantes**	**Límites**
Servicios médicos de emergencia prehospitalarios (servicios de ambulancia)	Copago de $0	Copago de $0	Consulte el beneficio para ver la descripción
Servicios de ambulancia que no sean de emergencia	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción

Departamento de emergencias El costo compartido se elimina si lo admiten en el hospital	Copago de $0 Los exámenes forenses de cuidado médico realizados en virtud de la Sección 2805-i de la Ley de Salud Pública no están sujetos a costos compartidos	Copago de $0 Los exámenes forenses de cuidado médico realizados en virtud de la Sección 2805-i de la Ley de Salud Pública no están sujetos a costos compartidos	Consulte el beneficio para ver la descripción
Centro de atención de urgencia	Copago de $0	Copago de $0	Consulte el beneficio para ver la descripción
SERVICIOS PROFESIONALES y CUIDADO AMBULATORIO	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores participantes**	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores no participantes**	**Límites**
Se requiere preautorización para algunos servicios			
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes			Consulte el beneficio para ver la descripción
• En un centro de radiología independiente	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• En el consultorio de un especialista	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Como servicios hospitalarios ambulatorios	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
Pruebas y tratamientos para la alergia			Consulte el beneficio para ver la descripción
• En el consultorio de un PCP	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• En el consultorio de un especialista	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
Cargo del centro quirúrgico ambulatorio	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Servicios de anestesia (en todos los entornos)	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Rehabilitación cardíaca y pulmonar			Consulte el beneficio para ver la descripción
• En el consultorio de un especialista	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Como servicios hospitalarios ambulatorios	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Como servicios hospitalarios para pacientes internados	Incluidos como parte del costo compartido de servicios hospitalarios para pacientes internados	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
Quimioterapia e inmunoterapia			Consulte el beneficio para ver la descripción
• En el consultorio de un PCP	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• En el consultorio de un especialista	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Como servicios hospitalarios ambulatorios	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
Servicios de quiropráctica	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Ensayos clínicos	Use el costo compartido para el servicio correspondiente	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Pruebas de diagnóstico			Consulte el beneficio para ver la descripción
• En el consultorio de un PCP	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• En el consultorio de un especialista	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Como servicios hospitalarios ambulatorios	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	

Diálisis ● En el consultorio de un PCP	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
● En el consultorio de un especialista	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
● En un centro independiente	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
● Como servicios hospitalarios ambulatorios	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
Servicios de habilitación (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	60 visitas por condición, por año del plan, terapias combinadas
Cuidado médico en el hogar	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	40 visitas por año del plan
Servicios para la infertilidad	Use el costo compartido para el servicio correspondiente (visita al consultorio, servicios de radiología de diagnóstico, cirugía, laboratorio y procedimientos de diagnóstico)	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Terapia de infusión ● En el consultorio de un PCP	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
● En el consultorio de un especialista	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
● Como servicios hospitalarios ambulatorios	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
● Terapia de infusión en el hogar	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	La terapia de infusión en el hogar se considera para el límite de visitas de cuidado médico en el hogar
Visitas médicas para pacientes hospitalizados	$0 por admisión	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Interrupción del embarazo ● Servicios de aborto	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Ilimitado
Procedimientos de laboratorio ● En el consultorio de un PCP	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
● En el consultorio de un especialista	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
● En un laboratorio independiente	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
● Como servicios hospitalarios ambulatorios	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	

Atención de maternidad y recién nacidos			Consulte el beneficio para ver la descripción
• Atención prenatal	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Hospital para pacientes internados Centro de maternidad y servicios	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Se cubre una (1) visita de cuidado médico en el hogar sin costos compartidos si se da de alta a la madre en el hospital de manera anticipada
• Servicios de médico y partera para el parto	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Apoyo para la lactancia, consejería y suministros, incluidos los sacaleches	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Se cubre durante el periodo de lactancia
• Cuidado postparto El cuidado postparto se proporciona de conformidad con las guías integrales respaldadas por el USPSTF y la HRSA	Cobertura total	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
Cargo del centro quirúrgico del hospital para pacientes ambulatorios	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Pruebas previas a la admisión	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Medicamentos recetados administrados en el consultorio			Consulte el beneficio para ver la descripción
• En el consultorio de un PCP	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• En el consultorio de un especialista	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
Servicios de radiología de diagnóstico			Consulte el beneficio para ver la descripción
• En el consultorio de un PCP	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• En el consultorio de un especialista	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• En un centro de radiología independiente	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Como servicios hospitalarios ambulatorios	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
Servicios de radiología terapéutica			Consulte el beneficio para ver la descripción
• En el consultorio de un especialista	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• En un centro de radiología independiente	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
• Como servicios hospitalarios ambulatorios	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
Servicios de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	60 visitas por condición, por año del plan, terapias combinadas Los servicios de fisioterapia y terapia del habla se cubren únicamente después de una hospitalización o cirugía

Segundas opiniones sobre el diagnóstico de cáncer, cirugía y otros	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total Las segundas opiniones sobre el diagnóstico de cáncer están cubiertas al costo compartido participante para un especialista no participante cuando se obtiene una referencia.	Consulte el beneficio para ver la descripción
Servicios de cirugía (incluida la cirugía oral, la cirugía reconstructiva de mama, otras cirugías reconstructivas y correctivas, y los trasplantes)			Consulte el beneficio para ver la descripción
● Cirugía en un hospital para pacientes internados	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	**Todos los trasplantes deben realizarse en centros designados**
● Cirugía en un hospital para pacientes ambulatorios	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
● Cirugía realizada en un centro quirúrgico ambulatorio	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
● Cirugía en consultorio	PCP/especialista	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
Programa de telemedicina	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
SERVICIOS, EQUIPOS y DISPOSITIVOS ADICIONALES	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores participantes**	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores no participantes**	**Límites**
Se requiere preautorización para algunos servicios			
Equipos, educación sobre autoadministración y suministros para la diabetes			Consulte el beneficio para ver la descripción
● Equipo, suministros e insulina para diabéticos (suministro para 30 días)	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
● Educación para diabéticos	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
● Programa de manejo de la diabetes	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
Equipo médico duradero y férulas	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Audífonos externos • Audífonos recetados	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Compra individual una vez cada tres (3) años
Implantes cocleares	Consulte los costos compartidos de servicios quirúrgicos	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Uno (1) por oído, por período cubierto
Cuidado para enfermos terminales			
● Paciente hospitalizado	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Cinco (5) visitas para consejería familiar por duelo
● Paciente ambulatorio	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	210 días por año del plan
Suministros médicos	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción

Dispositivos prostéticos ● Externos	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Un (1) dispositivo prostético, por extremidad, de por vida, con cobertura para reparaciones y reemplazos.
● Internos	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Se incluye como parte de los costos compartidos del servicio de hospital para pacientes internados
CENTROS y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores participantes**	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores no participantes**	**Límites**
Se requiere preautorización para algunos servicios			
Banco de sangre autóloga	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Servicios de hospital para pacientes internados para una internación continua (incluida la hospitalización para atención por una mastectomía, rehabilitación cardíaca y pulmonar, y atención al final de la vida) **Se requiere preautorización. Sin embargo, no se requiere preautorización para admisiones de emergencia o servicios prestados en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital certificado conforme al Artículo 28 de la Ley de Salud Pública.**	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Estadía en observación No se aplica el copago en caso de traslado directo desde un entorno quirúrgico ambulatorio a la sala de observación	Copago de $0	Copago de $0	Consulte el beneficio para ver la descripción
Centro de enfermería especializada (incluida la rehabilitación cardíaca y pulmonar)	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	200 días por año del plan No se aplica el copago por cada admisión en caso de ser transferido directamente desde un entorno hospitalario para pacientes internados a un centro de enfermería especializada
Servicios de habilitación para pacientes hospitalizados (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla)	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Días ilimitados por año del plan, terapias combinadas
Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla)	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	60 días por año del plan, terapias combinadas Los servicios de fisioterapia y terapia del habla se cubren únicamente después de una hospitalización o cirugía
SERVICIOS DE SALUD MENTAL y PARA TRASTORNO DE ABUSO DE SUSTANCIAS	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores participantes**	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores no participantes**	**Límites**
Se requiere preautorización para algunos servicios			
Cuidado de salud mental con hospitalización para una internación continua cuando se encuentra en un hospital o centro residencial **Se requiere preautorización. Sin embargo, no se requiere preautorización para admisiones de emergencia o en centros participantes certificados por la OHM para miembros menores de 18 años.**	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción

Cuidado de salud mental ambulatorio (incluida la hospitalización parcial y los servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios)	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Tratamiento de trastornos del espectro autista con análisis conductual aplicado (ABA)	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Dispositivos de comunicación asistida para trastornos del espectro autista	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados durante una internación continua en un hospital (incluido el tratamiento residencial) **Se requiere preautorización. Sin embargo, no se requiere preautorización para admisiones de emergencia o para centros participantes que tengan licencia, estén certificados o autorizados de algún otro modo por la OASAS.**	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (incluida la hospitalización parcial, los servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios y el tratamiento asistido por medicamentos) • Visitas al consultorio • Programas para el tratamiento por uso de opioides	Copago de $0 Copago de $0 Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Ilimitado; se pueden usar hasta 20 visitas por año calendario para consejería familiar
MEDICAMENTOS RECETADOS *Los medicamentos recetados no están sujetos a costos compartidos cuando se suministran de conformidad con las guías integrales respaldadas por la HRSA o si los artículos o servicios tienen una clasificación de “A” o “B” del USPSTF y se obtienen en una farmacia participante.	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores participantes**	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores no participantes**	**Límites**
Farmacia minorista			
Suministro para 30 días Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 No se requiere preautorización para un medicamento recetado cubierto utilizado para tratar un trastorno de abuso de sustancias, incluido un medicamento recetado para manejar la abstinencia y/o la estabilización por consumo de opioides o para revertir una sobredosis de opioides.	 Copago de $0 Copago de $0 Copago de $0	 Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Farmacia de pedido por correo			
Suministro para un máximo de 90 días Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3	 Copago de $0 Copago de $0 Copago de $0	 Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción
Fórmulas de nutrición enterales Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3	 Copago de $0 Copago de $0 Copago de $0	 Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Consulte el beneficio para ver la descripción

BENEFICIOS DE BIENESTAR	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores participantes**	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores no participantes**	**Límites**
Bienestar	Tarjeta de bienestar de $250 por año del plan	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
CUIDADO DENTAL	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores participantes**	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores no participantes**	**Límites**
● Cuidado dental preventivo	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Un (1) examen dental y limpieza por periodo de seis (6) meses.
● Cuidado dental de rutina	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Un (1) examen dental y limpieza por periodo de seis (6) meses.
● Cuidado dental complejo (cirugía oral, endodoncia, periodoncia y prostodoncia)	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Radiografías de toda la boca o panorámicas en intervalos de 36 meses, y radiografías de aleta de mordida en intervalos de seis (6)meses
CUIDADO DE VISIÓN	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores participantes**	**Responsabilidad del miembro con respecto a los costos compartidos con proveedores no participantes**	**Límites**
● Exámenes	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Un (1) examen por año calendario
● Marcos	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Un (1) par de lentes y marcos recetados por año calendario
● Lentes	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	Un (1) par de lentes y marcos recetados por año calendario
● Lentes de contacto	Copago de $0	Los servicios de proveedores no participantes no están cubiertos y usted paga el costo total	
Su proveedor participante es responsable de todas las solicitudes de preautorización dentro de la red. Usted no será penalizado si el proveedor participante no obtiene la preautorización requerida. Sin embargo, si los servicios no están cubiertos conforme al contrato, usted será responsable por el costo total de los servicios.			

800-300-8181 (TTY 711) | anthembluecross.com/nyplans

Servicios prestados por Anthem Blue Cross and Blue Shield HP. Anthem Blue Cross and Blue Shield HP es el nombre comercial de Anthem HP, LLC, un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.
1077450NYMSPABS 09/24