

Junio de 2021



Contrato del Suscriptor

New York | Essential Plan 1

Servicios para Miembros
1-866-265-1893, TTY 711

Este es su

CONTRATO DEL ESSENTIAL PLAN

Expedido por
UnitedHealthcare Community Plan

Este es su contrato para la cobertura individual del Essential Plan expedido por UnitedHealthcare Community Plan. Este contrato, junto con el Programa de Beneficios incluido, sus aplicaciones y enmiendas protocolarias a los términos de este contrato, constituye el acuerdo en su totalidad entre usted y nosotros.

Usted tiene el derecho de no aceptar este contrato. Examínelo cuidadosamente. Si usted no está satisfecho, puede retornarlo y solicitar que nosotros lo cancelemos. Su solicitud debe hacerse por escrito dentro de los primeros diez (10) días a partir de la fecha en que usted recibió el contrato.

Renovación. La fecha de renovación para este contrato es de 12 meses a partir de la fecha de inicio de la cobertura. El contrato se renovará automáticamente cada año en la fecha de inicio de la cobertura, a menos que nosotros lo cancelemos tal y como es permitido por este contrato o por usted después de 30 días de la fecha en que nosotros hayamos recibido la notificación de cancelación por escrito.

Este contrato le ofrece a usted la opción de recibir servicios de cobertura en la red:

Beneficios en la red. Este contrato cubre solamente beneficios en la red. Para recibir beneficios usted debe recibir atención exclusivamente de proveedores participantes en nuestra red de UnitedHealthcare Community Plan y farmacias participantes en nuestra red quienes se encuentren localizados en nuestra área de servicio. Excepto por la atención de una emergencia o condición de urgencia descrita en la sección Servicios de emergencia y cuidados urgentes de este Contrato, usted será responsable para cubrir los costos de todos los cuidados de salud brindados por un proveedor que no sea un participante dentro de nuestra red.

LEA ESTE CONTRATO CUIDADOSAMENTE EN SU TOTALIDAD. SE DESCRIBEN AHÍ LOS BENEFICIOS DISPONIBLES DENTRO DEL CONTRATO DE GRUPO. USTED ES RESPONSABLE PARA COMPRENDER LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTIPULADOS EN ESTE CONTRATO.

Este contrato está regulado por las leyes del Estado de New York.

UnitedHealthcare Community Plan

Tabla de contenido

Sección I. Definiciones	4
Sección II. Como trabaja su cobertura	11
Proveedores participantes	11
Función de los Doctores para Atención Primaria (PCP)	12
Servicios sujetos a autorización previa	13
Necesidad médica	14
Números de teléfono y direcciones importantes	18
Sección III. Acceso a los cuidados de salud y cuidados de salud transicionales	19
Sección IV. Gastos de costos compartidos y cantidades permitidas	22
Sección V. Quién está cubierto	23
Sección VI. Cuidados preventivos	24
Sección VII. Servicios de ambulancia y servicios médicos de emergencia antes de la hospitalización	28
Sección VIII. Servicios de emergencia y de cuidados urgentes	30
Sección IX. Servicios profesionales y para pacientes ambulantes	33
Sección X. Beneficios adicionales, equipo y aparatos	43
Sección XI. Servicios para pacientes hospitalizados	51
Sección XII. Servicios para la salud conductual mental y el uso de sustancias	55
Sección XIII. Cobertura de medicamentos prescritos	58
Sección XIV. Beneficios para el bienestar	69
Sección XV. Cuidados para la visión	70
Sección XVI. Cuidados dentales	72
Sección XVII. Exclusiones y limitaciones	74
Sección XVIII. Determinación de reclamaciones	78
Sección XIX. Procedimientos para quejas	81
Sección XX. Revisión de utilización	83
Sección XXI. Apelación externa	93
Sección XXII. Terminación de la cobertura	98
Sección XXIII. Suspensión temporal de los derechos para miembros en las Fuerzas Armadas	100
Sección XXIV. Estipulaciones generales	100
Sección XXV. Programa de Beneficios	110
Noticia de no-discriminación	126

Sección I

Definiciones

Agudo(a): El comienzo de una enfermedad o lesión o el cambio de la condición física en un suscriptor que requiere de una pronta atención médica.

Cantidad permitida: La máxima cantidad sobre la cual se basa el pago que hacemos por los servicios cubiertos. Consulte la sección de Gastos de Costo Compartido y Cantidades Permitidas (Cost-Sharing Expenses and Allowed Amount) en este contrato para conocer la descripción de la forma en que las cantidades permitidas se calculan.

Centro de cirugía ambulatorio: Una institución que se encuentre actualmente certificada por la agencia regulatoria estatal apropiada para dispensar servicios quirúrgicos y servicios médicos relacionados para los pacientes ambulatorios.

Apelación: Una solicitud que se nos hace para que llevemos a cabo de nuevo una Revisión de Utilización o una Queja.

Balance de factura: Cuando un proveedor que no participe dentro de nuestra red le envía a usted una factura señalando la diferencia entre el costo del proveedor por fuera de nuestra red y el costo de la Cantidad Permitida. Un proveedor participante dentro de nuestra red, no debe enviarle ninguna factura por los servicios cubiertos.

Contrato: Este contrato se expide por UnitedHealthcare Community Plan, incluyendo el Programa de Beneficios y cualquier enmienda al mismo.

Coseguro: Es la parte de los costos para la cobertura del servicio, calculada como un porcentaje de la Cantidad Permitida por el servicio dispensado y que se requiere que usted le pague al proveedor. Esta cantidad puede variar de acuerdo al tipo de servicio cubierto.

Copago: Es una cantidad fija que usted paga directamente al proveedor para cubrir el costo del servicio que recibe. Esta cantidad puede variar de acuerdo al servicio cubierto.

Costos compartidos: Son las cantidades que usted debe pagar por los servicios cubiertos, expresados como copagos y/o como coseguros.

Cubre, cubierto, o servicios cubiertos: Los servicios pagados que son médicamente necesarios o autorizados por nosotros para usted bajo los términos y condiciones de este contrato.

Equipo Médico Duradero (“DME”): El Equipo Médico Duradero es aquel equipo que es:

- Diseñado y planeado para usarse repetidamente;
- Empleado principal y regularmente con propósitos médicos;
- Generalmente no es útil a la persona en la ausencia de enfermedad o lesión; y
- Tiene un uso apropiado dentro del hogar.

Condición de emergencia: Es una condición médica o del comportamiento que se manifiesta por sí misma con síntomas agudos de suficiente severidad incluyendo dolor agudo, en tal forma que una persona prudente, con un conocimiento promedio de medicina y salud pueda esperar que sin atención médica inmediata puede:

- Poner la salud de la persona afectada con esa condición o con respecto a una persona embarazada y al feto en serio peligro; o en el caso de una condición que afecte la salud mental de una persona puede poner a la persona afectada o a otras a su alrededor en serio peligro;
- Poner en una seria discapacidad a las funciones físicas de la persona;
- Crear una seria disfunción de cualquiera de los órganos o parte del cuerpo de una persona; o
- Causar una seria deformidad en tal persona.

Cuidados de salud en una sala de emergencias: Son los servicios de emergencia que usted recibe en una sala de emergencias en un hospital.

Servicios de emergencia: Son pruebas y exámenes médicos llevados a cabo en una sala de emergencias de un hospital, incluyendo aquellos servicios complementarios y rutinarios que están disponibles en una sala de emergencias para evaluar un condición de emergencia; y, dentro de la capacidad del personal y facilidades disponibles en un hospital, tales exámenes médicos y tratamientos posteriores requeridos para la estabilización del paciente. La “estabilización” del paciente es cuando se provee un tratamiento médico de una condición de emergencia que puede ser necesario para asegurar que dentro de probabilidades médicas razonables no habrá un deterioro en la condición en sí o por la transferencia del paciente a otra institución o cuando la persona da a luz a un bebé (incluyendo la expulsión de la placenta).

Exclusiones: Servicios para los cuidados de la salud que nosotros no pagamos o por los cuáles no hay cobertura.

Agente externo de apelaciones: Una entidad que ha sido certificada por el Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York (New York State Department of Financial Services) para llevar a cabo apelaciones externas de acuerdo a las leyes del Estado de New York.

Instituciones: Un hospital; centro de cirugía ambulatoria; centro de maternidad; centro de diálisis; instalación de rehabilitación; centro de enfermería especializada; hospicio; agencia de atención médica domiciliaria o agencia de servicios de atención domiciliaria certificada o autorizada bajo el Artículo 36 de la Ley de Salud Pública de New York; un centro de atención integral para trastornos alimentarios de conformidad con el Artículo 30 de la Ley de Higiene Mental de New York; y una

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

instalación definida en la Sección 1.03 de la Ley de Higiene Mental de New York, certificada por la Oficina de Servicios y Apoyos para las Adicciones del Estado de New York, o certificada según el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de New York (o, en otros estados, una instalación certificada o con licencia similar). Si recibe tratamiento para un trastorno por uso de sustancias fuera del estado de New York, una instalación también incluye una que está acreditada por la Comisión Conjunta para brindar un programa de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias.

Nivel Federal de Pobreza (FPL): Es la determinación del nivel de ingreso que se emite anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los niveles de pobreza federales se emplean para determinar la elegibilidad a ciertos programas y beneficios, incluyendo el Essential Plan, que se actualizan anualmente.

Queja: Es un agravio que usted nos comunica y que no se relaciona a la determinación de la revisión de utilización.

Servicios de habilitación: Son servicios para los cuidados de salud que le ayudan a la persona a mantener, aprender o a mejorar sus habilidades y funciones para las tareas del diario. Los servicios de habilitación incluyen el manejo de las limitaciones y discapacidades, incluyendo los servicios y programas que ayudan a mantener, o que previenen el deterioro de las funciones físicas, cognitivas, o de la salud conductual. Estos servicios consisten en terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.

Profesionales de cuidados de la salud: Doctores apropiados con licencia o certificación; dentistas; optometristas; quiroprácticos; psicólogos; trabajadores sociales; podólogos; terapistas físicos; terapistas ocupacionales; parteras; patólogos del habla y del lenguaje; audiólogos; farmacéuticos; analistas del comportamiento; enfermera practicante; o cualquier otro profesional de los cuidados para la salud que esté registrado o certificado bajo el título 8 de la ley de Educación de New York (o cualquier otra ley estatal comparable, si se aplica) y que la ley del Seguro de New York requiera que sea reconocida como habilitada para cobrar y facturar a los pacientes por los Servicios Cubiertos. Los servicios del profesional para los cuidados de salud deben proveerse dentro del marco legal de la práctica del proveedor para que sea posible que se encuentren cubiertos por este contrato.

Agencia para los cuidados de salud en el hogar: Es una organización certificada o con licencia por el Estado de New York o por el Estado en donde opera y que brinda servicios para los cuidados de la salud dentro del hogar.

Cuidados de hospicio: Son los cuidados que brindan confort y ayuda a las personas que se encuentran en las etapas finales de una enfermedad terminal y a sus familias y que son provistos por una organización certificada de acuerdo al Artículo 40 de la ley de Salud Pública de New York o bajo una certificación similar por el estado en que la organización de Hospicio se encuentre localizada.

Hospital: Un hospital de estadía corta, para casos agudos o generales, el cual:

- Principalmente está a cargo de proveer servicios médicos por doctores o por servicios bajo la continua supervisión de doctores a pacientes, para ofrecer servicios de diagnóstico y servicios terapéuticos y cuidados de salud a personas que se encuentren lesionadas o enfermas;
- Tiene departamentos organizados de medicina y de cirugía mayor;
- Se requiere que cada paciente se encuentre bajo los cuidados de un doctor o dentista;
- Provee servicios de enfermería las 24 horas del día por o bajo la supervisión de enfermeras profesionales registradas (R.N.);
- Si se encuentra localizado en el Estado de New York, tiene un plan de Revisión de Hospitalización que se aplica a todos los pacientes y el cual llena los requisitos estipulados en la sección 42 U.S.C. Sección 1395x(k);
- Se encuentra debidamente licenciado por la agencia responsable para ese tipo de hospitales; y
- No debe tratarse, excepto incidentalmente, de un lugar para el descanso, principalmente para el tratamiento de tuberculosis, o un lugar para personas de la tercera edad, o un sitio para drogadictos, alcohólicos, o un sitio para convalecientes, para personas en custodia, un sitio educacional o para los cuidados de la rehabilitación.

El hospital no debe significar que sea un balneario o spa para la salud o una enfermería dentro de una escuela o campo de verano.

Hospitalización: Los cuidados dentro de un hospital requieren que el paciente sea admitido y usualmente permanezca hospitalizado por la noche.

Cuidados de salud en un hospital como paciente ambulante: Son cuidados de salud que no requieren de una estadía por la noche.

Inmigrante actualmente documentado: El término “actualmente documentado” incluye a inmigrantes que:

- Tienen un estado migratorio como “personas calificadas que no son ciudadanos” y que no tienen un período de espera
- Tienen una permanencia por razones humanitarias o en ciertas circunstancias (incluyendo un Estado temporal de protección, un Estado especial juvenil, son Solicitantes de Asilo, llenan los requisitos de la Convención en contra de la Tortura, o son víctimas del comercio de personas)
- Tiene visas válidas de No-Inmigrantes
- Su estado legal ha sido conferido por otras leyes (estado temporal como residentes, el Acta LIFE, o son individuos dentro de la Unidad Familiar). Para conocer una lista completa de los estados migratorios elegibles, por favor consulte el sitio en internet <http://www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status/> o llame al Departamento de Salud del Estado de New York al 1-855-355-5777.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Médicamente necesario: Para esta definición, vea en este contrato la sección de Como funciona su cobertura (How Your Coverage Works).

Medicare: Como se enmienda, el Título XVIII del Acta de la Seguridad Social.

Red: Los proveedores con los que hemos contratado para brindarle servicios de atención médica.

Salud del Estado de New York (“NYSOH”): El Salud del Estado, el sitio comercial del Plan Oficial de Salud de New York. El NYSOH es un recurso para las personas, familias y los pequeños negocios en donde se puede conocer acerca de las opciones del seguro médico; se pueden comparar planes basados en su costo, beneficios y otras importantes informaciones; escoger un plan e inscribirse para obtener cobertura. El NYSOH también provee información en los programas que pueden ayudar a las personas de recursos financieros bajos a moderados para poder pagar por la cobertura, incluyendo a Medicaid, Child Health Plus, Premium Tax Credits y reducciones en los Costos Compartidos.

Proveedor que no es participante: Es un proveedor que no tiene un contrato con nosotros para proveerle un servicio de cuidados de salud. Los servicios provistos por proveedores que no son participantes están cubiertos solamente para servicios de emergencia o para servicios que nosotros hemos autorizado.

Límite para los gastos cubiertos por usted: Es la cantidad máxima que usted paga por año del plan por gastos compartidos antes de que empecemos a pagar el 100% de la cantidad permitida para los servicios con cobertura. Esta cantidad nunca incluye, los costos del balance de la factura, o el costo de servicios de cuidados de salud que nosotros no cubrimos.

Proveedor participante: Es un proveedor que tiene un contrato con nosotros para proveerle a usted servicios de cuidados de salud. Una lista de los proveedores participantes y de sus localidades se encuentra disponible en nuestro Directorio de Proveedores en internet en myuhc.com/CommunityPlan y una copia impresa puede ser enviada a usted si lo solicita. Esta lista se puede cambiar de vez en cuando.

Doctores o servicios por doctores: Son servicios para los cuidados de salud que un doctor con licencia para practicar medicina (M.D. — Doctor en Medicina o D.O. — Doctor Osteópata) provee o coordina.

Año del plan: Es el período de 12 meses que se inicia en la fecha efectiva del principio del contrato y después en la fecha de aniversario de su inicio, mientras el contrato es válido.

Autorización previa: Es una decisión que tomamos antes de que usted reciba un servicio con cobertura, un procedimiento, un plan de tratamiento, un aparato o un medicamento de receta que sea médicamente necesario. Nosotros indicamos en la sección de Programa de Beneficios en este contrato cuales Servicios Cubiertos requieren de una autorización previa.

Medicamentos de receta: Un medicamento, un producto o un aparato que ha sido aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration – “FDA”) y que puede, dentro de las leyes federales o estatales, ser dispensado solamente cuando existe una orden para su prescripción o su re-entrega si se encuentra en nuestro formulario. Un medicamento de receta incluye a un medicamento que, debido a sus características, es apropiado para auto-administrarse o que su administración pueda darla una persona sin entrenamiento.

Doctor de Atención Primaria (“PCP”): Un doctor participante quien es típicamente un doctor especializado en medicina interna o en medicina familiar y quien provee directamente o coordina una variedad de servicios para los cuidados de la salud para usted.

Proveedor: Un doctor, un profesional para los cuidados de salud o una persona con licencia, registro, certificación o acreditada por la ley estatal. Un proveedor también incluye a una persona que es un vendedor o proveedor de equipo para diabéticos y sus suministros, de equipo médico duradero, de suministros médicos o de otros equipos o suministros que se encuentran cubiertos bajo este contrato y que tiene una licencia, un registro, una certificación o acreditación como es requerida por la ley del estado.

Referencia: Es una autorización que se otorga por un proveedor participante a otro proveedor participante (usualmente de un PCP a un especialista participante) para hacer arreglos para obtener cuidados de salud adicionales para el suscriptor. Una referencia puede hacerse electrónicamente o por su proveedor completando una forma por escrito. Con las excepciones tal y como se proveen en la sección de Acceso a los cuidados y a los cuidados transicionales de este contrato o de otra manera que ha sido autorizado por nosotros, una referencia no será hecha a un proveedor que no sea participante. No es necesario tener una referencia médica pero se necesita una orden para que usted pague un Costo Compartido menor por ciertos servicios que se anotan en el Programa de Beneficios en este Contrato.

Servicios de rehabilitación: Servicios para los cuidados de salud que ayudan a la persona a mantener, recuperar o mejorar sus habilidades y función para las actividades del diario, las cuales se han perdido o están limitando a la persona que está enferma, se ha lesionado o se encuentra discapacitada. Estos servicios consisten en terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla en un entorno como paciente interno o ambulante.

Programa de Beneficios: Esta sección en el contrato describe los copagos, coseguros, límites de los auto-pagos, requerimientos de autorizaciones previas, requerimientos de referencias y otros límites para la cobertura de servicios.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Área de servicio: Es el área geográfica designada por nosotros y aprobada por el Estado de New York en la cual nosotros ofrecemos cobertura. Nuestra área de servicio comprende a los condados de Albany, Bronx, Broome, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Essex, Franklin, Fulton, Genesee, Jefferson, Kings, Lewis, Madison, Monroe, Nassau, New York, Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orange, Orleans, Oswego, Queens, Rensselaer, Richmond, Rockland, Saratoga, Schenectady, Seneca, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester y Yates.

Institución con servicios de enfermería especializada: Una institución o una parte separada de una institución con licencia al corriente o aprobada y laborando dentro de las leyes estatales o locales; dedicada principalmente en proveer cuidados de enfermería especializada y servicios relacionados a los de una institución de servicios de enfermería especializada, como institución de cuidados extensivos, o una institución con cuidados de enfermería aprobada por la Comisión Conjunta o por la Oficina de Hospitales de la Asociación Americana de Osteópatas o como una institución de enfermería especializada de Medicare o en la forma en que se determine por nosotros para poder llenar el estándar de cualquiera de las instituciones arriba mencionadas.

Especialista: Es un doctor que se enfoca en un área específica de medicina o sobre un grupo de pacientes para diagnosticar, administrar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones.

Suscriptor: Es la persona para la cual se expide este contrato. En cada ocasión en que al suscriptor se le requiere proveer una notificación relativa a una reclamación o para la admisión o visita a una sala de emergencias, "Suscriptor" también significa la persona que ha sido designada por el suscriptor.

UCR (usual, regular o razonable): El costo de un servicio médico en un área, basándose en el costo usual que los proveedores locales cobran por el mismo o similar servicio médico.

Cuidados urgentes: Son los cuidados médicos para una enfermedad, lesión o condición que es lo suficientemente seria para que una persona razonable busque atención médica de inmediato, pero no tan severa como para requerir recibir cuidados en una sala de emergencia. Los cuidados urgentes deben ser administrados por la oficina de un doctor participante o por un centro de cuidados urgentes.

Centro de cuidados urgentes: Es una institución con licencia (cualquier otra además de un hospital) que provee cuidados de urgencia.

Nos, nosotros, nuestros: UnitedHealthcare Community Plan y todas aquellas a quien delegamos responsabilidades para llevarlas a cabo en nuestro nombre y bajo este contrato.

Revisión de utilización: La revisión para determinar si los servicios son o fueron médicamente necesarios o experimentales o de investigación (es decir, el tratamiento para una enfermedad exótica o para un ensayo médico).

Usted, su: El suscriptor.

Sección II

Cómo trabaja su cobertura

A. Su cobertura dentro de este contrato

Usted ha adquirido o se ha suscrito en un Essential Plan. Nosotros le proveeremos con los beneficios descritos en este contrato con usted. Usted debe guardar este contrato con sus demás papeles importantes para que le sirva como una referencia en el futuro.

B. Servicios que se cubren

Usted recibirá los servicios cubiertos bajo los términos y condiciones de este contrato solamente cuando el servicio cubierto es:

- Medicamento necesario;
- Provisto por un proveedor participante;
- Enlistado como un servicio cubierto;
- Que no sea en exceso de cualquiera de las limitaciones de los beneficios descritas en el Programa de Beneficios en este contrato; y
- Recibidos cuando el contrato es válido.

Cuando usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio, la cobertura se limita a los servicios de emergencia, servicios médicos de emergencia previos a la hospitalización y servicios de transporte en ambulancia para dar tratamiento a su condición de emergencia y cuidados urgentes.

C. Proveedores participantes

Para conocer si su proveedor es un proveedor participante:

- Revise nuestro Directorio de Proveedores, el cual se encuentra disponible, si así lo solicita;
- Llame al **1-866-265-1893**, TTY **711**; o
- Visite nuestro sitio en internet **myuhc.com/CommunityPlan**.

El Directorio de proveedores le brindará la siguiente información acerca de nuestros proveedores participantes:

- Nombre, dirección y número de teléfono
- Especialidad
- Aprobación del Consejo de Certificación (si corresponde)
- Idiomas que se habla
- Si el proveedor participante está aceptando nuevos pacientes

D. Función de los Doctores para Atención Primaria (PCP)

Este contrato requiere que usted escoja a un PCP. Aun cuando se le recomienda que usted reciba los cuidados de salud de su PCP, usted no necesita una referencia por escrito de un PCP para poder recibir cuidados de salud de un especialista que sea un proveedor participante. Usted puede seleccionar a cualquier participante que se encuentre disponible dentro de la red del Essential Plan de UnitedHealthcare Community Plan. En ciertas circunstancias, usted puede seleccionar a su especialista para ser su PCP. Consulte la sección Acceso a los cuidados y los cuidados transicionales en este contrato para obtener más información acerca de la designación de un especialista. Para seleccionar a un PCP, visite nuestro sitio en internet en **myuhc.com/CommunityPlan**. Si usted no selecciona a un PCP, nosotros le asignaremos uno.

Para los propósitos de costos compartidos, si usted busca los servicios de un PCP (o de un doctor que esté cubriendo por su doctor) quien tiene una especialidad primaria o secundaria además de ser un médico general, un médico familiar, un internista, un pediatra o un médico ginecólogo-obstetra, usted debe pagar el costo-compartido para una en la oficina de especialidad de acuerdo a la sección de Programa de Beneficios en este contrato cuando los servicios que se le brinden están relacionados a los cuidados de especialidad.

E. Acceso a y cambios en los proveedores

En algunas ocasiones los proveedores en nuestro directorio de proveedores no se encuentran disponibles. Antes de notificarnos cuál PCP usted ha seleccionado, usted debe llamar al proveedor para estar seguro que él o ella están aceptando a nuevos pacientes.

Para consultar con un proveedor, llame a su oficina e infórmele que usted es un miembro de UnitedHealthcare Community Plan y explique cuál es la razón para esta visita. Tenga disponible su tarjeta de identificación. La oficina del proveedor puede pedirle que les muestre su número de identificación como miembro. Cuando usted acuda a la oficina de su proveedor no olvide llevar consigo su tarjeta de identificación.

Para comunicarse con su proveedor después del horario normal de trabajo, llame a la oficina del proveedor. La contestadora automática de su proveedor, le dará instrucciones acerca de cómo obtener servicios con otro proveedor. Si usted tiene una condición de emergencia, busque atención médica de inmediato en la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al **911**.

Usted puede cambiar a su PCP llamando a Servicios para Miembros al **1-866-265-1893**, TTY **711**.

Si no tenemos un proveedor participante para ciertos tipos de proveedores en el condado donde usted vive o en un condado fronterizo que está dentro de los estándares de tiempo y distancia aprobados, aprobaremos una autorización a un proveedor no participante específico hasta que usted ya no necesite más cuidados o nosotros tengamos a un proveedor participante en nuestra red que cumpla con los estándares de tiempo y distancia y sus cuidados han sido transferidos a ese proveedor participante. Su PCP debe llamar al Departamento de autorización previa de UnitedHealthcare al 1-866-604-3267 para obtener la aprobación para que usted consulte con un

especialista que no sea parte de la red de UnitedHealthcare. El especialista debe estar de acuerdo en trabajar con UnitedHealthcare y aceptar nuestros pagos como pago total. Este permiso se llama “autorización previa”. Su PCP le explicará todo esto cuando le refiera a un especialista que no sea parte de la red de UnitedHealthcare. Consulte la sección “Autorización de servicio” para obtener más información acerca de la documentación que debe usted incluir su solicitud para consultar con un proveedor que no está en la red de UnitedHealthcare. Si UnitedHealthcare Community Plan aprueba el uso de un proveedor que no esté en la red de UnitedHealthcare, usted no es responsable de ninguno de los costos, excepto los copagos descritos en este manual. Los servicios cubiertos prestados por el proveedor no participante se pagarán como si hubieran sido provistos por un proveedor participante.

F. Servicios por fuera de la red

Los servicios de parte de proveedores por fuera de nuestra red no están cubiertos con la excepción de servicios de emergencia y servicios médicos de emergencia pre-hospitalarios y servicios de ambulancia para tratar su condición de emergencia, o a menos que se encuentren específicamente cubiertos por este contrato.

G. Servicios sujetos a autorización previa

Nuestra autorización previa no se requiere antes de que usted reciba ciertos servicios con cobertura. Su PCP o proveedor participante es responsable por solicitar una autorización previa de los servicios dentro de nuestra red enlistados en la sección de Programa de Beneficios en este contrato.

H. Procedimiento de autorización previa

Si usted busca cobertura por servicios que requieren de autorización previa, su proveedor debe llamar al Departamento de Previa Autorización de UnitedHealthcare al 1-866-604-3267.

Su proveedor debe contactarnos para solicitar una autorización previa como sigue:

- Por lo menos dos (2) semanas antes de la fecha de admisión o de la cirugía o cuando su proveedor ha recomendado que se hospitalice. Si esto no es posible, debe llamar a las horas regulares de trabajo y tan pronto como sea razonablemente posible antes de su admisión.
- Por lo menos dos (2) semanas antes de su cirugía ambulatoria o cualquier otro procedimiento ambulatorio para los cuidados de salud cuando su proveedor recomiende el procedimiento o la cirugía para ser efectuada en una unidad quirúrgica ambulatoria de un hospital o en un Centro Quirúrgico Ambulatorio. Si esto no es posible, entonces llame tan pronto como sea razonablemente posible durante las horas regulares de trabajo antes de la cirugía o el procedimiento.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

- Dentro de los tres (3) primeros meses del embarazo o tan pronto como razonablemente sea posible y de nuevo 48 horas después del nacimiento si se espera que la hospitalización se extenderá más de 48 horas después de un parto por vía vaginal o de 96 horas después de un nacimiento por cesárea
- Antes que los servicios de ambulancia se brinden para una condición que no sea de emergencia

Usted debe contactarnos para proveernos con la notificación como sigue:

- Tan pronto como sea razonable cuando los servicios de ambulancia aérea se brindan para una condición de emergencia
- Si usted está hospitalizado con alguna condición de emergencia, usted debe llamarnos dentro de las primeras 48 horas después de su admisión o tan pronto como sea razonablemente posible

I. Falla para encontrar una autorización previa

Si usted no solicita nuestra autorización previa para los beneficios mencionados en esta sección, nosotros pagaremos la cantidad de \$500 menos que lo que nosotros habríamos pagado por los cuidados; o pagaremos solamente el 50% de la cantidad que de otra manera pagaríamos por esos cuidados, cualesquiera que sean los resultados que produzcan los mejores beneficios para usted. Usted debe pagar el remanente del costo por esos servicios. Nosotros pagaremos la cantidad especificada arriba solamente si nosotros determinamos que los cuidados eran médicamente necesarios aunque usted no haya solicitado nuestra autorización previa. Si nosotros determinamos que los servicios no eran médicamente necesarios, usted será responsable por el pago en su totalidad por ese cargo.

J. Administración Médica

Los beneficios disponibles para usted dentro de este contrato están sujetos a revisiones de pre-servicio, concurrentes y retroactivas para determinar cuando los servicios deben ser cubiertos por nosotros. El propósito de estas revisiones es para promover que se den los cuidados médicos a un costo efectivo revisando el uso de los procedimientos y el área en donde sean apropiados, así como el sitio o lugar en que los servicios son llevados a cabo. Los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios para que se provean los beneficios.

K. Necesidad médica

Nosotros cubrimos los beneficios descritos en este contrato si es que los servicios, procedimientos, tratamientos, pruebas, aparatos y medicamentos de receta o suplementos para los cuidados de salud (llamado colectivamente, "servicios") sean médicamente necesarios. El hecho de que un proveedor ha provisto, prescrito, ordenado, recomendado o aprobado el servicio no lo hace médicamente necesario o significa que nosotros tenemos que cubrirlo.

Nosotros podemos basar nuestra decisión en la revisión de:

- Sus records médicos
- Nuestras políticas médicas y guías clínicas
- Las opiniones médicas de sociedades profesionales, opiniones de comités de revisión de colegas o de otros grupos de doctores
- Reportes en la literatura médica revisados por pares
- Reportes y guías publicadas por organizaciones para los cuidados de salud nacionales reconocidas que incluyen datos científicos de apoyo
- Estándares profesionales de seguridad y de efectividad que son generalmente reconocida en los Estados Unidos para el diagnóstico, cuidados de salud o tratamientos
- La opinión de los profesionales de los cuidados de salud en la especialidad generalmente reconocida y que está relacionada
- La opinión de los proveedores que asisten, los cuales tienen credibilidad pero no contradicen opiniones contrarias

Servicios que se consideren médicamente necesarios solamente si:

- Son clínicamente apropiados en términos del tipo, frecuencia, extensión, localización y duración y que se consideren apropiados para su padecimiento, lesión o enfermedad
- Son requeridos para los cuidados directos de salud, del tratamiento o del manejo de la condición
- Su condición puede afectarse de manera adversa si esos servicios no son provistos
- Estos servicios se proveen de acuerdo con el estándar generalmente aceptado en la práctica médica
- Estos servicios no son principalmente para la conveniencia de usted, de su familia o de su proveedor
- Estos servicios no son más costosos que los de un servicio alternativo o una secuencia de servicios que por lo menos es posible que produzca resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes
- Cuando el entorno o el sitio del servicio es parte de la revisión, servicios que pueden administrarse de manera segura para usted en un entorno por un precio menor no serán médicamente necesarios si se administran en un entorno de un mayor precio. Por ejemplo, no proveeremos cobertura para la admisión de un paciente internado para una cirugía si la cirugía pudiera llevarse a cabo con el paciente estando en calidad de ambulante o si una inyección o infusión de un medicamento de especialidad se provee al paciente en un departamento para pacientes ambulantes de un hospital si es posible que se administre en la oficina de un doctor o en el hogar del paciente.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Consulte las secciones de Revisión de la utilización y Apelaciones externas en este contrato, para conocer sus derechos acerca de las Apelaciones Internas y de las Apelaciones externas para nuestras determinaciones acerca de servicios que no sean médicamente necesarios.

L. Protección en contra de facturas inesperadas

1. **Facturas inesperadas.** Una factura inesperada es una factura que usted recibe por la cobertura de servicios en las siguientes circunstancias:
 - Por servicios llevados a cabo por doctores que no son participantes dentro de un hospital o centro ambulatorio de cirugía que es participante cuando:
 - Un doctor participante no se encuentra disponible al momento en que los servicios para los cuidados de salud son administrados;
 - Un doctor que no es participante administra servicios sin su conocimiento; o
 - Ciertos servicios o actividades médicas inesperadas se suceden en el momento en que se administran los servicios para los cuidados de salud.

Una factura inesperada no incluye una factura por servicios para los cuidados de la salud cuando un doctor participante se encuentra disponible y usted elige recibir los servicios de parte de un doctor que no es participante.

- Usted es referido por un doctor participante a un doctor que no es participante sin su consentimiento explícito por escrito, admitiendo que esa referencia es a un doctor que no es participante y que puede esto dar como resultado que los costos no sean cubiertos por nosotros. Para que sea una factura inesperada, una referencia a un doctor que no sea participante significa que:
 - Los servicios cubiertos se llevan a cabo por un proveedor que no es participante en una visita a la oficina del doctor o se practican durante la misma visita;
 - El doctor participante remite una muestra obtenida de usted en la oficina de un doctor participante a un laboratorio o a un patólogo que no sean participantes; o
 - Por cualquier otro servicio con cobertura que sea llevado a cabo por un proveedor que no sea participante cuando un doctor participante así lo solicita, cuando las referencias son requeridas bajo su contrato.

Usted estará exento de cargos por los costos de un proveedor que no sea participante cuando el monto de la factura inesperada exceda su copago, el deducible o el coseguro empleado dentro de la red, si usted asigna los beneficios a un proveedor que no sea un proveedor participante por escrito. En tales casos, el proveedor que no sea participante puede solamente enviarle una factura por el copago, deducible o coseguro que se paga dentro de la red.

La asignación de la forma de beneficios para una factura inesperada se encuentra disponible en internet en www.dfs.ny.gov o usted puede visitar nuestro sitio en internet en myuhc.com/CommunityPlan para obtener una copia de esta forma. Usted necesita enviarnos por correo la asignación de los beneficios a la dirección anotada en su tarjeta de identificación y enviarla así mismo a su proveedor.

-
2. **Proceso de la Resolución Independiente de Disputas.** Nosotros o un proveedor pueden remitir una disputa relacionada a una factura inesperada a una entidad independiente para la resolución de disputas (“IDRE”) asignada por el Estado. Las disputas son presentadas completando la forma IDRE para solicitudes, la cual se puede obtener en **www.dfs.ny.gov**. IDRE determinará si nuestro pago o el cobro del proveedor son razonables dentro de 30 días a partir de la fecha en que se recibió la solicitud de resolución de disputas.

M. Entrega de servicios cubiertos empleando a Telehealth

Si su proveedor participante le ofrece servicios cubiertos usando Telehealth, nosotros no negaremos ningún servicio cubierto cuando hayan sido proporcionados por Telehealth. Los servicios brindados por Telehealth pueden estar sujetos a una revisión de utilización y a requerimientos que aseguren la calidad y otros términos y condiciones del contrato y que son por lo menos tan favorables como esos requerimientos por el mismo servicio cuando no son proporcionados empleando a Telehealth. “Telehealth” significa el uso de la información electrónica y tecnologías de comunicación por un proveedor participante para proporcionarle los servicios con cobertura a usted cuando su ubicación es diferente a la de su proveedor.

N. Administración del caso

La administración del caso ayuda la coordinación de los servicios para los miembros quienes tienen necesidad de recibir los cuidados para la salud debido a condiciones de salud que son serias, complejas y/o crónicas. Nuestros programas coordinan los beneficios y educan a los miembros que están de acuerdo en tomar parte en el programa de la administración del caso para ayudarles a llenar sus necesidades en asuntos relacionados con su salud.

Nuestros programas para la administración del caso son confidenciales y voluntarios. Estos programas se ofrecen sin costo alguno para usted y no se cobran por servicios cubiertos. **Si usted califica de acuerdo al criterio del programa y está de acuerdo en tomar parte, nosotros le ayudaremos a identificar cuáles son las necesidades de cuidados de salud que necesita.** Esto se logra a través del contacto suyo con el equipo de trabajo y/o con su representante autorizado, el o los doctores que le dan tratamiento y otros proveedores. Además, nosotros le ayudaremos a coordinar los cuidados de salud a través de programas que existan dentro de la comunidad y que llenen sus necesidades, lo cual puede incluir el darle información acerca de agencias externas y de programas y servicios comunitarios.

En ciertos casos de enfermedades o lesiones severas o crónicas, nosotros le proveeremos con beneficios para cuidados de salud alternos que no se encuentran enlistados en los servicios con cobertura a través de nuestro programa de administración del caso. También nosotros podemos extender los servicios con cobertura más allá de los máximos estipulados en este contrato. Para determinar los beneficios alternos o la extensión de los mismos, nosotros tomaremos las decisiones individualmente, caso por caso, tomando en consideración que es lo mejor para usted y para nosotros.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

En esta provisión no hay nada que le prevenga en presentar una apelación a nuestra decisión. Una decisión para la extensión de los beneficios o para la aprobación de cuidados de salud alternos en un caso no nos obliga proveer los mismos beneficios de nuevo a usted o a cualquier otro miembro. Nos reservamos el derecho en cualquier momento el proveer, cambiar o detener la extensión de esos beneficios o el aprobar los cuidados de salud alternos. En ese caso, se le enviará notificación por escrito a usted o a su representante.

O. Números de teléfono y direcciones importantes

- **RECLAMACIONES:**

UnitedHealthcare Community Plan Medical Claims
P.O. Box 5240
Kingston, NY 12402-5240

UnitedHealthcare Community Plan Dental Claims
P.O. Box 2061
Milwaukee, WI 53201

- **QUEJAS, RECLAMACIONES Y APELACIONES A REVISIONES DE UTILIZACIÓN:**

Por favor llame a Servicios para Miembros al **1-866-265-1893**.

Escriba a:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Essential Plan Complaints, Appeals and Grievances
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131

- **FORMA DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:**

Consulte la dirección anotada en su tarjeta de identificación (Presente las formas de Asignación de Beneficios por facturas inesperadas a esa dirección)

- **EMERGENCIAS MÉDICAS Y CUIDADOS URGENTES:**

1-866-265-1893

De las 8 a.m. a las 6 p.m. de lunes a viernes

- **SERVICIOS PARA MIEMBROS: 1-866-265-1893**

Los representantes de los Servicios para Miembros están disponibles de las 8 a.m. a las 6 p.m. de lunes a viernes.

- **AUTORIZACIÓN PREVIA: 1-866-604-3267**

- **SERVICIOS PARA SALUD CONDUCTUAL (BEHAVIORAL HEALTH SERVICES):**

1-866-265-1893, TTY 711

- **NUESTRO SITIO EN INTERNET: myuhc.com/CommunityPlan**

- **ENVÍE LOS PAGOS DE PRIMAS A:**

UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 785462
Philadelphia, PA 19178-5462

Sección III

Acceso a los cuidados de salud y cuidados de salud transicionales

A. Autorización a un proveedor que no es participante

Si nosotros determinamos que no tenemos un proveedor participante que tenga un entrenamiento apropiado para dar el tratamiento que su condición requiere, nosotros aprobaremos la autorización para un proveedor apropiado que no sea participante. Su proveedor participante debe solicitar una autorización previa para un proveedor no participante. Las aprobaciones de autorizaciones para proveedores no participantes no se hacen para su conveniencia o la conveniencia de otro proveedor y no necesariamente tienen que ser para el proveedor no participante específico que usted haya solicitado. Si nosotros aprobamos la autorización, todos los servicios que realice el proveedor no participante estarán sujetos al plan de tratamiento que aprobamos conjuntamente con su PCP, con el proveedor no participante y con usted. Los servicios con cobertura brindados por el proveedor no participante serán cubiertos como si hubieran sido provistos por el proveedor participante. Usted será solamente responsable por cualquier costo compartido que se aplique a servicios brindados dentro de nuestra red. En el evento en que la autorización no se apruebe, cualquier servicio brindado por el proveedor no participante no será cubierto.

B. Cuando un especialista puede ser su Doctor de Atención Primaria

Si usted tiene una condición que pone en peligro su vida o una enfermedad o proceso degenerativo y sufre de una condición de discapacidad que requiere de cuidados de salud especiales por un largo período de tiempo, usted puede solicitar que ese especialista, quien es un proveedor participante, sea su PCP. Si usted desea que su especialista sea su PCP, debe discutir esto con su especialista y preguntarle al doctor si está dispuesto a servir como su PCP. Eso significa que su especialista sería responsable de administrar sus necesidades generales de salud, coordinar las referencias para pruebas de laboratorio, radiografías y otras visitas a especialistas. Si su especialista está de acuerdo, pídale que confirme en una carta que él o ella desea servir como su PCP y la razón para ello, enviándola a: Member Services Director, UnitedHealthcare Community Plan, 77 Water Street 14th Floor, New York, NY 10005. Nosotros revisaremos su solicitud y le avisaremos cuando hayamos hecho efectivo el cambio. Cualquier autorización deberá estar de acuerdo con el plan de tratamiento aprobado por nosotros en consulta con su PCP, el especialista y usted. Nosotros no aprobaremos a ningún proveedor no participante a menos que se determine que no existe un proveedor apropiado dentro de nuestra red. Si se aprueba a un especialista no participante, los servicios con cobertura ofrecidos por el especialista no participante en acuerdo al tratamiento aprobado serán pagados como si hubieran sido provistos por el proveedor participante. Usted será solamente responsable por cualquier costo compartido dentro de nuestra red, si es aplicable.

C. Autorización permanente para un especialista participante

Si usted necesita cuidados de salud especiales, usted puede recibir una “autorización permanente” para un especialista, que sea un proveedor participante. Esto significa que usted no tendrá que obtener nuevas autorizaciones de su PCP cada vez que necesite ver al especialista. Nosotros consultaremos con el especialista y con su PCP para decidir si usted debe tener una autorización permanente. Cualquier autorización tendrá que estar de acuerdo con el tratamiento aprobado por nosotros en consulta con su PCP, el especialista y usted. El plan del tratamiento puede limitar el número de visitas, el período de tiempo para la autorización de esas visitas y puede requerirse que el especialista le informe al PCP con actualizaciones periódicas acerca de los cuidados de especialidad que se están ofreciendo, así como toda la información médica necesaria. Nosotros no aprobaremos una autorización permanente a especialistas que sean no participantes a menos que se determine que nosotros no tenemos un proveedor apropiado en nuestra red. Si nosotros aprobamos una autorización permanente con un especialista no participante, los servicios cubiertos provistos por el especialista no participante de acuerdo al plan de tratamiento aprobado serán remunerados como si hubieran sido provistos por un proveedor participante. Usted será responsable solamente por cualquier costo aplicable en los costos compartidos en nuestra red.

D. Centro de cuidados de especialidad

Si usted tiene una condición que pone en peligro su vida o una enfermedad o una degeneración y condición de discapacidad que requiera cuidados de especialidad por un periodo largo de tiempo, usted puede solicitar una autorización al centro de cuidados de especialidad los cuáles son expertos en el tratamiento de su condición o enfermedad. Un centro de cuidados de especialidad es un centro acreditado o diseñado por una agencia estatal, por el gobierno federal o por una organización nacional como un sitio con la habilidad especial de dar tratamiento a su enfermedad o condición. Nosotros consultaremos con su PCP, su especialista y el centro de cuidados de especialidad para tomar la decisión si se aprueba esa autorización. Cualquier autorización debe estar de acuerdo con el plan de tratamiento desarrollado por el centro de cuidados de especialidad y ser aprobado por nosotros en consulta con su PCP o el especialista y con usted. Nosotros no aprobaremos una autorización con un centro de cuidados de especialidad que no sea participante a menos que nosotros determinemos que no tenemos un centro de cuidados de especialidad apropiado en nuestra red. Si aprobamos una autorización para un centro de cuidados de especialidad que sea no participante, los servicios cubiertos llevados a cabo por el centro de cuidados de especialidad no aprobado deben estar de acuerdo con el tratamiento aprobado y serán remunerados igual que si fueron llevados a cabo por un centro de cuidados especializados participante. Usted será responsable solamente por cualquier costo compartido, si es aplicable, en nuestra red.

E. Cuando su proveedor deja la red

Si usted se encuentra bajo tratamiento cuando su proveedor deja la red, usted puede continuar recibiendo los servicios con cobertura para ese tratamiento con el Proveedor que tenía hasta por 90 días de la fecha en que las obligaciones por contrato con ese proveedor terminan. Si usted está embarazada y se encuentra en su segundo o tercer trimestre, es posible que pueda continuar recibiendo cuidados con el proveedor participante anterior a través del parto y cualquiera de los cuidados de posparto directamente relacionado con el nacimiento del bebé.

Para que usted pueda continuar recibiendo los servicios con cobertura hasta por 90 días más o a través de su embarazo con el proveedor que tenía, el proveedor debe estar de acuerdo en aceptar el pago de las cantidades negociadas justo antes de la fecha de terminación de nuestra relación con ese proveedor. El proveedor también debe estar de acuerdo en proveernos con la información médica necesaria y relacionada a sus cuidados y adherirse a nuestras políticas y procedimientos, incluyendo aquellos que aseguran la calidad de sus cuidados, la obtención de autorizaciones previas, autorizaciones y un plan de tratamiento que esté aprobado por nosotros. Si el proveedor está de acuerdo con esas condiciones, usted recibirá los servicios con cobertura como si estos hubieran sido provistos por un proveedor participante. Usted solamente será responsable por cualquier costo compartido aplicable dentro de la red. Por favor note que si el proveedor fue terminado por fraude, daño inminente a pacientes o por una acción disciplinaria final por un consejo o una agencia estatal que afecta la habilidad del proveedor para practicar, continuar el tratamiento con ese proveedor no está disponible.

F. Nuevos miembros en el curso de un tratamiento

Si usted se encuentra bajo tratamiento con un proveedor no participante cuando su cobertura dentro de este contrato se inicia, usted podrá recibir servicios cubiertos para el tratamiento que lleva de un proveedor no participante hasta por 60 días de la fecha de inicio de su cobertura dentro de este contrato. El curso del tratamiento debe ser por una enfermedad o condición que pone en peligro su vida, o por una enfermedad o condición degenerativa e incapacitante. Usted también puede continuar sus cuidados con un proveedor no participante si está en el segundo o tercer trimestre del embarazo cuando su cobertura bajo este contrato es efectiva. Usted puede continuar a través de los servicios del parto y cualquier otro servicio directamente relacionado al parto.

Para que usted pueda continuar recibiendo los servicios con cobertura hasta por 60 días o a través de su embarazo, el proveedor no participante debe estar de acuerdo en aceptar como pago nuestros honorarios por tales servicios. El proveedor también debe estar de acuerdo en proveernos la información médica necesaria relacionada a su caso y adherirse a nuestras políticas y procedimientos, incluyendo aquellas para asegurar la calidad de sus cuidados, obteniendo autorizaciones previas, referencias y un plan de tratamientos que nosotros aprobemos. Si el proveedor está de acuerdo con esas condiciones, usted recibirá los servicios con cobertura como si ellos fueran provistos por un proveedor participante. Usted será solamente responsable por los costos compartidos de la red, si son aplicables.

Sección IV

Gastos de costos compartidos y cantidades permitidas

A. Copagos

Con la excepción en donde se especifica de manera diferente, usted debe pagar copagos o cantidades fijas como se explica en la sección de Programa de Beneficios en este contrato acerca de los servicios cubiertos. Sin embargo, cuando la cantidad permitida es menor que el copago, usted es responsable por la cantidad que sea menor.

B. Coseguro

Excepto en donde se especifica de manera diferente, usted debe pagar un porcentaje de la cantidad permitida por servicios cubiertos. Nosotros pagaremos el remanente del porcentaje de la cantidad permitida, tal y como se muestra en la sección de la Programa de Beneficios en este contrato.

C. Límites de los gastos personales

Cuando usted alcanza el límite de los gastos personales en copagos y coseguros dentro del año del plan en la sección de Programa de Beneficios en este contrato, nosotros proveeremos el 100% de las cantidades permitidas por los servicios cubiertos por lo que resta del año del plan.

Los costos compartidos para los servicios por fuera de la red, excepto los servicios de emergencia, y los servicios por fuera de la red aprobados por nosotros como una excepción dentro de la red y la diálisis por fuera de la red no se aplican como parte del límite de sus gastos personales. La notificación de la penalidad por autorización previa descrita en la sección Como trabaja su Cobertura no se aplica hacia el límite de sus gastos personales. Los límites de sus gastos personales ocurren en base al año del plan.

D. Cantidad permitida

“La cantidad permitida” significa la máxima cantidad que nosotros pagaremos por servicios o suministros cubiertos bajo este contrato antes de que se deduzca cualquier cantidad por copago o coseguro. Nosotros determinaremos la cantidad permitida de la siguiente manera:

Nuestros pagos a los proveedores participantes pueden incluir incentivos financieros para ayudar a mejorar la calidad de los cuidados y para promover la aplicación de los servicios con cobertura de manera que tenga un costo eficiente. Los pagos dentro del sistema de incentivos financieros no se llevan a cabo por un servicio cubierto específico que se le presta a usted. Su costo compartido no cambia basándose en cualesquiera que sean los pagos hechos o recibidos por los proveedores participantes como parte del programa de incentivos financieros.

1. Compuestos farmacéuticos proporcionados por un doctor

Para los compuestos farmacéuticos proporcionados por un doctor, empleamos una metodología diferencial similar a la metodología basada en los precios que emplean los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, los cuáles producen resultados relativos a los precios basados en los costos de adquisición publicados o en el promedio de precio de venta al por mayor para esos compuestos farmacéuticos. Esas metodologías han sido creadas actualmente por RJ Health Systems, Thomson Reuters (publicadas en su Libro Rojo), o por nosotros, basándonos en fuentes internas acerca de los precios de fármacos y en otras metodologías si no hay datos disponibles acerca de los precios para los compuestos farmacológicos que sean administrados por un doctor o en circunstancias especiales que apoyen un ajuste para el incremento en el precio obtenido por otras metodologías para los precios.

Consulte la sección de Servicios de Emergencia y Cuidados Urgentes en este contrato para conocer las cantidades permitidas para servicios de emergencia prestados por proveedores no participantes. Consulte la sección de Servicios médicos de emergencia para pacientes ambulatorios y prehospitalarios en este contrato para conocer el monto permitido para los servicios médicos de emergencia prehospitalarios brindados por proveedores no participantes.

Sección V

Quién está cubierto

A. Quién está cubierto en este contrato

Usted, el suscriptor, es para quien se expide este contrato y quien se encuentra cubierto por el contrato. Para estar cubierto por este contrato, usted debe vivir o residir en nuestra área de servicio. Usted debe tener ingresos conjuntos de su hogar por arriba del 138% hasta el 200% del Nivel Federal de Pobreza. Si usted está inscrito en Medicare o Medicaid, o seguro médico económico patrocinado por el empleado, usted no es elegible para adquirir este contrato. Así mismo, si sus ingresos son por arriba del 138% del Nivel Federal de Pobreza, usted no es elegible para adquirir este contrato si es menor de 19 años o si es mayor de 64 años o si se encuentra embarazada.

Usted debe reportar los cambios que pudieran afectar su elegibilidad a través del año, incluyendo si usted se embaraza mientras se encuentra inscrita en este contrato. Si usted se embaraza mientras se encuentre inscrita en este producto, usted es elegible para obtener Medicaid. Nosotros les recomendamos urgentemente a las mujeres embarazadas que se inscriban en Medicaid para asegurar que sus recién nacidos tengan una cobertura continua desde el momento de su nacimiento, ya que los recién nacidos no están cubiertos bajo el Essential Plan. Si usted se inscribe en Medicaid, su recién nacido estará automáticamente inscrito en Medicaid desde el momento en que nace sin tener ninguna interrupción en la cobertura.

B. Tipos de cobertura

El único tipo de cobertura ofrecido a través de Essential Plan es la cobertura individual. Si algunos miembros adicionales de su familia se encuentran también cubiertos por Essential Plan, cada uno de ellos recibirán un contrato por separado.

C. Inscripción

Usted podrá suscribirse a este contrato en cualquier momento del año. Si el NYSOH recibe su selección en día 15 o antes de ese día, su cobertura se iniciará el día 1º del mes siguiente. Si el NYSOH recibe su selección el día 16 o después durante ese mes, su cobertura se iniciará el día 1º del subsiguiente mes. Por ejemplo, si usted hace su selección el día 16 de enero, su cobertura se iniciará el día 1º de marzo. Si el NYSOH recibe su selección el día 15 de diciembre de 2020 o antes, su cobertura se iniciará el día 1º de enero de 2021.

Sección VI Cuidados preventivos

Por favor consulte la sección de Programa de Beneficios en este contrato para conocer acerca de los requerimientos de los costos compartidos, los límites de los días o de visitas y de los requerimientos para las autorizaciones previas o referencias que se aplican a esos beneficios.

Cuidados preventivos

Nosotros cubrimos los siguientes servicios con el propósito de promover la buena salud y la detección temprana de las enfermedades. Los servicios preventivos no están sujetos a los costos compartidos (copagos o coseguros) cuando son llevados a cabo por un proveedor participante y son provistos de acuerdo a las normas explícitas y provistas en acuerdo con la Administración de los Recursos y Servicios para la Salud (Health Resources and Services Administration – “HRSA”), o si los productos y servicios tienen una clasificación de “A” o “B” de parte del Grupo de Trabajo para los Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force – “USPSTF”), o si son vacunaciones recomendadas por el Comité Consultivo de Prácticas de Vacunaciones, (Advisory Committee on Immunization Practices – “ACIP”). Sin embargo, los costos compartidos pueden aplicarse a servicios prestados durante la misma visita para servicios preventivos. También, si un servicio preventivo se provee durante una visita a un consultorio médico en donde el servicio preventivo no es la razón principal para esta visita, la cantidad por el costo compartido, que de otra manera debería de pagarse por la visita al consultorio médico, aún se aplicará. Usted puede llamarnos al **1-866-265-1893**, TTY **711**, o puede acudir a nuestro sitio en internet **myuhc.com/CommunityPlan** para obtener una copia de las normas explícitas apoyadas por HRSA, los productos o servicios con una clasificación “A” o “B” de USPSTF y las recomendaciones de vacunaciones de parte de ACIP.

-
- A. Exámenes físicos anuales para adultos.** Nosotros cubrimos los exámenes físicos anuales para adultos y los cuidados preventivos de salud y pruebas médicas como se especifica en las normas explícitas de HRSA, así como productos y servicios con una clasificación “A” o “B” de USPSTF.

Los ejemplos de productos o servicios con una clasificación “A” o “B” de USPSTF incluyen, pero no están limitados a: pruebas para la detección del abuso de alcohol, revisiones de la presión sanguínea en adultos, pruebas para el cáncer colorectal, para la detección de la depresión, detección de la diabetes y detección del cáncer de pulmón. Una lista completa de los servicios preventivos cubiertos se encuentra disponible en nuestro sitio en internet **myuhc.com/CommunityPlan** o si lo solicita, le podemos enviar una copia.

Usted es elegible para un examen físico una vez al año, independientemente si han o no han pasados 365 días desde la última visita que hizo para tener un examen físico. Los exámenes para la visión no incluyen refracciones.

Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguros cuando son provistos de acuerdo a las normas explícitas de HRSA así como los productos o servicios que tengan una clasificación “A” o “B” de USPSTF.

- B. Vacunaciones para adultos.** Nosotros cubrimos las inmunizaciones para adultos tal y como ACIP las recomienda. Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguro cuando se provee de acuerdo a las recomendaciones de ACIP.
- C. Exámenes para el bienestar de la mujer.** Nosotros cubrimos los exámenes para el bienestar de la mujer, los cuáles consisten en una examen rutinaria ginecológica, exámenes de las mamas y detección de cáncer de cuello uterino, incluyendo servicios de laboratorio y diagnóstico en relación con la evaluación de pruebas de detección de cáncer de cuello uterino. También nosotros cubrimos los cuidados de salud preventivos y las pruebas que se ofrecen dentro de las normas explícitas por HRSA y los productos o servicios con clasificación “A” o “B” de USPSTF. Una lista completa de los servicios preventivos cubiertos está disponible en nuestro sitio en internet **myuhc.com/CommunityPlan** o podemos enviarle una copia por correo si así lo solicita. Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguro cuando se provee de acuerdo a las normas explícitas de HRSA y los productos y servicios con clasificación “A” o “B” de USPSTF, los cuáles pueden ser menos frecuentes que la forma arriba descrita.
- D. Mamografías.** Nosotros cubrimos mamografías que se puede proporcionar mediante tomosíntesis de mama (es decir, mamografías 3D) para la detección del cáncer de mamas de la siguiente manera:
- Una (1) mamografía básica para miembros entre los 35 y 39 años de edad; y
 - Una (1) mamografía anual para miembros mayores de 40 años.

Si un miembro de cualquier edad tiene una historia de cáncer o hay un historial de cáncer en sus familiares inmediatos (de primer grado), nosotros cubrimos las mamografías de acuerdo a las recomendaciones de su proveedor. Sin embargo, ningún evento se cubrirá si es por más de un (1) examen preventivo por Plan Anual.

Las mamografías para la detección de cáncer no están sujetas a copagos o coseguros cuando se proveen por un proveedor participante.

Nosotros también cubrimos pruebas adicionales y diagnósticos por imágenes para detectar el cáncer, incluyendo el diagnóstico por mamografías, ultrasonido de mamas e imágenes por MRI. Las imágenes para detectar y diagnosticar el cáncer de mama, incluyendo mamografías de diagnóstico, ultrasonido de las mamas y MRI, no están sujetas a copagos, deducibles o coseguros cuando son proporcionados por un proveedor participante.

- E. Planeamiento familiar y servicios para la salud reproductiva.** Nosotros cubrimos los servicios para el planeamiento familiar que consisten en métodos anticonceptivos aprobados por la FDA y recetados por el proveedor y que no están cubiertos bajo la sección de cobertura de Medicamentos de Recetas en este contrato, educación y asesoramiento para pacientes acerca del uso de anticonceptivos y temas relacionados; servicios de seguimiento relacionados con los métodos anticonceptivos, incluyendo el manejo de los efectos secundarios, el asesoramiento para su uso continuo y la inserción y extracción del dispositivo; así como procedimientos para la esterilización en las mujeres. Tales servicios no están sujetos a copagos o coseguros cuando se proveen por un proveedor participante.

Nosotros también cubrimos vasectomías que son sujetas a copagos y coseguros.

Nosotros no cubrimos servicios relacionados a la reversión de esterilizaciones electivas.

- F. Pruebas y medición de la densidad de los minerales en los huesos.** Nosotros cubrimos las pruebas y mediciones de los minerales en los huesos y los medicamentos y aparatos aprobados por la FDA o sus equivalentes genéricos como substitutos aprobados. La cobertura de los medicamentos recetados está sujeta a lo estipulado en la sección de cobertura de Medicamentos de receta en este contrato. Las pruebas y mediciones de la densidad de los minerales en los huesos, los medicamentos o aparatos deben incluir aquellos que llenen el criterio establecido por el programa federal de Medicare o aquellos que llenen el criterio del Instituto Nacional de Salud (National Institutes of Health). Usted calificará para la cobertura si cumple con los requerimientos del programa federal Medicare o los requerimientos de los Institutos Nacionales de Salud o si cumple con uno de los siguientes requisitos:

- Ha tenido un previo diagnóstico de osteoporosis o tiene parientes con una historia familiar de osteoporosis;
- Presenta síntomas o condiciones indicativas de la presencia o de un riesgo significativo para la osteoporosis;
- Un medicamento prescrito para usted lo predispone a un riesgo significativo para la osteoporosis;

-
- Usted tiene un tipo de vida cuyos factores le predisponen a un riesgo significativo para la osteoporosis; o
 - Debido a su edad, sexo y/o adicionales características fisiológicas que le predisponen a un riesgo significativo a la osteoporosis.

Nosotros también cubrimos la detección de osteoporosis de acuerdo a las normas explícitas de HRSA y los productos o servicios con una clasificación “A” o “B” de USPSTF.

Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguros cuando se provee de acuerdo a las normas explícitas de HRSA y productos y servicios con una clasificación “A” o “B” de USPSTF, que no puede incluir todos los servicios arriba mencionados tales como medicamentos o aparatos y cuando lo proporcione un proveedor participante.

- G. Pruebas para la detección del cáncer de próstata.** Nosotros cubrimos un examen estándar anual de diagnóstico, incluyendo pero no limitado a un examen digital rectal y a una prueba específica para el antígeno para hombres mayores de 50 años quienes estén asintomáticos y para hombres mayores de 40 años con una historia familiar de cáncer prostático o con otros factores de riesgo para el cáncer de la próstata. También nosotros cubrimos las pruebas estándar de diagnóstico, incluyendo pero no limitadas a exámenes digitales rectales y pruebas del antígeno específico prostático para hombres de cualquier edad que hayan tenido una historia previa de cáncer en la próstata.

Este beneficio no está sujeto a copagos, deducibles o coseguros cuando lo proporciona un proveedor participante.

- H. Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP).** Nosotros cubrimos los servicios de prevención de la diabetes proporcionados por programas reconocidos por CDC para personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El beneficio cubre 22 sesiones de grupo para el entrenamiento a lo largo de 12 meses. Usted puede ser elegible para los servicios de NDPP si tiene una recomendación de un doctor o de otro profesional autorizado y tiene al menos 18 años, no está embarazada en este momento, tiene sobrepeso y no ha sido diagnosticado(a) previamente con diabetes tipo 1 o tipo 2 y presenta alguna de las siguientes características:

- Ha tenido un resultado por un análisis de sangre como prediabético(a) durante el año pasado, o
- Le han diagnosticado previamente diabetes gestacional, o
- Ha obtenido un puntaje de 5 o más alto en la prueba de riesgo de prediabetes de CDC/Asociación Americana de Diabetes (ADA).

Sección VII

Servicios de ambulancia y servicios médicos de emergencia antes de la hospitalización

Por favor consulte la sección de Programa de Beneficios en este contrato para conocer acerca de los requerimientos que se aplican a esos beneficios como los costos compartidos, límites en el número de días para las visitas y cualquiera de los requerimientos para autorizaciones previas o referencias. Los servicios médicos de emergencia previos a la hospitalización y los servicios de ambulancia para tratamientos en una condición que es de emergencia no necesitan de una autorización previa.

A. Transporte de emergencia por ambulancia

1. Servicios médicos de emergencia prehospitalarios

Nosotros cubrimos los servicios médicos de emergencia previos a una hospitalización para el tratamiento de una condición de emergencia en cualquier parte del mundo cuando esos servicios son provistos por un servicio de ambulancias.

“Servicios médicos de emergencia previos a la hospitalización” (“Pre-Hospital Emergency Medical Services”) significa la rápida evaluación y tratamiento de una condición de emergencia y/o el transporte que no sea por aire hasta un hospital. Los servicios deben ser provistos por un servicio de ambulancia que sea certificado por la ley de Salud Pública de New York. Sin embargo, nosotros solo cubriremos el transporte a un hospital con un servicio de ambulancia cuando una persona prudente que no sea un profesional o con conocimiento especializado pero en posesión de un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que la ausencia de transporte puede resultar en:

- Poner la salud de la persona que padece esa condición o con respecto a una mujer embarazada poner la salud de la mujer o del bebé que aún no nace en serio peligro o, en el caso de una condición de salud mental, poniendo la salud de esa persona o de otros en un alto riesgo;
- Una discapacidad grave en las funciones corporales;
- Una seria disfunción de cualquiera de los órganos o partes corporales de esa persona; o
- Una seria deformidad de esa persona.

Un servicio de ambulancia no debe responsabilizarlo y no debe cobrar o buscar un reembolso por su servicio de emergencia médico previo a la hospitalización, excepto para coleccionar cualquier cantidad aplicable como copago, deducible o coseguro.

En ausencia de tarifas negociadas, le pagaremos a un proveedor no participante el cargo usual y habitual por los servicios médicos de emergencia prehospitalarios, que no deberá ser excesivo o irrazonable. El cargo usual y razonable por el servicio médico de emergencia pre-hospitalario es el más bajo de la tarifa de FAIR Health con el 80% o los cargos facturados por el proveedor.

2. Transporte de ambulancia de emergencia

Además de los servicios de emergencia prehospitalarios, también cubrimos el transporte de ambulancia de emergencia en todo el mundo por un servicio de ambulancia con licencia (ambulancia terrestre, acuática o aérea) al hospital más cercano donde se puedan llevar a cabo los servicios de emergencia. Esta cobertura incluye transporte de emergencia en ambulancia a un hospital cuando la instalación de donde se origina no tiene la capacidad de tratamiento para su condición de emergencia.

B. Transporte de ambulancia para condiciones que no son de emergencia

Nosotros cubrimos el transporte en ambulancia para condiciones que no son de emergencia cuando se hace con un servicio de ambulancias con licencia (ya sea que se trate de ambulancias por tierra, por agua o por aire, cualquiera que sea más apropiado) entre diferentes instituciones en los siguientes casos:

- Desde un hospital que no es participante hasta otro hospital que es participante;
- A otro hospital en donde se tiene un nivel más alto de cuidados para la salud que no existen en el hospital original;
- A una institución para los cuidados agudos con mayor efecto en los costos; o
- De una institución para el tratamiento de casos agudos a otra que sea para casos sub-agudos.

C. Limitaciones/términos de cobertura

- Nosotros no cubrimos los gastos de viaje o de transporte, a menos que estén relacionados con una condición de emergencia o que sean debidos al transporte a una institución aprobada por nosotros o aun cuando haya sido recomendado por un doctor
- Nosotros no cubrimos el transporte que no sea en ambulancia que se haga por ejemplo en camionetas, furgonetas o taxis
- La cobertura del servicio de ambulancia por aire relacionado a una emergencia o transporte por aire para situaciones que no sean de emergencia será provisto cuando su condición médica es tal que el transporte de ambulancia por tierra no es apropiado; y su condición médica requiere de un transporte rápido e inmediato que no puede ser provisto por una ambulancia por tierra; y si una (1) de las siguientes características existe:
 - El punto de partida es inaccesible para un vehículo terrestre; o
 - Grandes distancias u otros obstáculos (por ejemplo, tráfico pesado) previenen que se lleve a cabo una transferencia a tiempo hasta el hospital más cercano que tenga las instalaciones necesarias.

Sección VIII

Servicios de emergencia y de cuidados urgentes

Por favor consulte la sección de Programa de Beneficios en este contrato para conocer los requerimientos de costos compartidos, límites de los días o las visitas y cualquier requerimiento para las autorizaciones previas o referencias que se apliquen a esos beneficios.

A. Servicios de emergencia

Nosotros cubrimos los servicios de emergencias para el tratamiento de condiciones de emergencia en un hospital.

Nosotros definimos una “**condición de emergencia**” como: Una condición que se manifiesta por ella misma con síntomas agudos con la suficiente severidad, incluyendo dolor, de tal forma que una persona prudente, que no sea un experto y quien posea un conocimiento promedio de medicina y salud, pudiera de manera razonable esperar que la ausencia de atención médica de inmediato podría resultar en:

- Poner la salud de la persona afectada con esa condición o con respecto a una mujer embarazada, poner la salud de la mujer y del bebé que aún no nace en serio peligro o, en el caso de una condición afectando la salud mental, poner a tal persona y a otros a su alrededor en serio peligro;
- Poner en una seria discapacidad las funciones corporales de esa persona;
- Exponer a una seria disfunción los órganos y otras partes del cuerpo de esa persona; o
- Exponer a una seria deformidad a esa persona.

Por ejemplo, unas condiciones de emergencia pueden incluir, pero no estar limitadas a las siguientes condiciones:

- Dolor agudo del pecho
- Severas o múltiples lesiones
- Severa falta de aire
- Cambio súbito en el estado mental (por ejemplo, desorientación)
- Sangrado profuso
- Dolor agudo o condiciones que requieran una atención inmediata como en casos en que se sospeche un ataque cardíaco o una apendicitis
- Envenenamientos
- Convulsiones

La cobertura de los servicios de emergencia para el tratamiento de su condición de emergencia será provista independientemente si el proveedor es o no es un proveedor participante. Nosotros también cubriremos servicios de emergencia para dar tratamiento a su condición de emergencia en cualquier parte del mundo. Sin embargo, nosotros solamente cubriremos aquellos servicios de emergencia y suministros que sean por una necesidad médica y que se brindan para dar tratamiento o estabilizar una condición de emergencia en un hospital.

Por favor siga las instrucciones anotadas abajo independientemente si usted se encuentra en nuestra área de servicio al momento en que ocurre la emergencia:

1. **Visitas a una sala de emergencias en un hospital.** En la eventualidad que usted requiera tratamiento para una condición de emergencia, busque atención médica de inmediato en la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al **911**. Los cuidados recibidos en una sala de emergencias no necesitan de autorización previa. **Sin embargo, solamente se cubrirán servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia cuando los cuidados se den en una sala de emergencias.** Si usted no está seguro si el lugar más apropiado para recibir los cuidados de salud es una sala de emergencia, puede llamar antes de que busque en donde recibir tratamiento al **1-866-265-1893**, TTY **711**.

Nosotros no cubrimos los cuidados de seguimiento o cuidados de rutina que sean provistos en una sala de emergencias de un hospital. Usted debe ponerse en contacto con nosotros para estar seguro que recibe los cuidados de seguimiento apropiados.

2. **Admisiones de emergencia a un hospital.** En la eventualidad que usted sea **admitido** en un hospital, usted o alguna otra persona en su nombre debe notificarnos dentro de las primeras 48 horas a partir del momento de su admisión o tan pronto como sea razonable, llamando al número anotado en este contrato: **1-866-265-1893**, TTY **711**.

Nosotros cubrimos los servicios de los pacientes hospitalizados siguiente atención del departamento de emergencias en un hospital que no sea participante con los mismos costos compartidos de la red. Si su condición permite su transferencia a un hospital que es participante, se lo notificaremos y trabajaremos con usted para arreglar la transferencia.

3. **Pagos relativos a los servicios de emergencia prestados.** La cantidad que nosotros pagamos por un servicio de emergencia a un proveedor no participante es la cantidad que se pagaría bajo Medicare. Las cantidades arriba descritas excluyen cualquier copago o coseguro que se aplica a servicios de emergencia provistos por un proveedor participante.

Usted es responsable por cualquier copago o coseguro. Usted no será responsable por los cargos que excedan los copagos, deducibles y coseguros de un proveedor que no sea participante. Además, si usted asigna beneficios a un proveedor no participante por escrito, el proveedor no participante solo podrá facturarle por su copago, deducible o coseguro dentro de la red. Si usted recibe una factura de un proveedor no participante que sobrepasa el copago, deducible o coseguro que usted paga dentro de la red, usted debe comunicarse con nosotros.

B. Cuidados urgentes

Los cuidados urgentes son cuidados médicos que se reciben para una enfermedad, lesión o condición que es lo suficientemente seria que cualquier persona razonable puede identificar como una condición que requiere atención de inmediato, pero no tiene tal severidad que requiere los servicios de una sala de emergencias. Los cuidados de urgencia se encuentran típicamente dentro de las horas normales de trabajo, incluyendo turnos nocturnos y en los fines de semana. Si necesita atención médica después del horario normal de atención, incluyendo durante la noche, los fines de semana o las vacaciones, usted tiene opciones. Puede llamar a la oficina de su proveedor para recibir instrucciones o visitar un centro de cuidados de urgencia. Si tiene una condición de emergencia, busque atención médica de inmediato en la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al **911**. **Los cuidados urgentes se cubren dentro y fuera de nuestra área de servicio.**

1. **Dentro de nuestra red.** Nosotros cubrimos los cuidados urgentes de parte de un doctor o de un centro de cuidados urgentes que sean participantes. Usted no necesita contactarnos antes o después de acudir a una visita.
2. **Fuera de nuestra red.** Nosotros cubrimos los cuidados urgentes de parte de un centro de cuidados urgentes que no sea participante.

Si los cuidados urgentes resultan en una admisión de emergencia, por favor siga las instrucciones acerca de la hospitalización de emergencia arriba anotadas.

Sección IX

Servicios profesionales y para pacientes ambulatorios

(para otros además de casos de salud mental y de uso de sustancias)

Por favor consulte la sección de Programa de Beneficios en este contrato para los beneficios de costos compartidos, limitaciones de días o de visita y para requerimientos de autorizaciones previas o referencias que se apliquen a estos beneficios.

A. Servicios de imágenes avanzadas

Nosotros cubrimos escaneos PET, MRI, medicina nuclear y escaneos CAT.

B. Pruebas para alergias y tratamiento

Nosotros cubrimos las pruebas y evaluaciones, incluyendo inyecciones, biopsias de piel y pruebas de inoculación para determinar la existencia de una alergia. También nosotros cubrimos los tratamientos para alergias incluyendo los tratamientos para desensibilización, inyecciones rutinarias para alergias y sueros.

C. Servicios provistos en los centros de cirugía ambulatoria

Nosotros cubrimos los procedimientos de cirugía llevados a cabo en los centros de cirugía para pacientes ambulatorios y los suministros provistos por el centro el día que la cirugía se practica.

D. Quimioterapia e inmunoterapia

Nosotros cubrimos la quimioterapia e inmunoterapia practicada en la instalación para pacientes ambulatorios o en la oficina de cuidados de salud profesionales. La quimioterapia e inmunoterapia puede administrarse por inyección o infusión. Los medicamentos anti-cancerígenos administrados oralmente se cubren dentro de la sección de medicamentos de receta en este contrato.

E. Servicios de quiropráctica

Nosotros cubrimos los cuidados de quiropráctica cuando se practican por un doctor o un doctor en quiropráctica (quiropático) o por un médico cuando se encuentran relacionados al descubrimiento o corrección por medios manuales o mecánicos de desequilibrios estructurales, distorsión, o subluxación en el cuerpo humano; esto con el propósito de remover la interferencia nerviosa y los efectos que se producen debido a la distorsión, alineamiento incorrecto o subluxación de la columna vertebral. Esto incluye la evaluación, manipulación y cualquier otra modalidad.

F. Pruebas clínicas controladas

Nosotros cubrimos los costos de rutina cuando usted accede a participar en pruebas clínicas controladas; tales coberturas no deben estar sujetas a las revisiones de utilización para el paciente que participa en ellas, si usted es:

- Elegible para participar en una prueba clínica controlada para dar tratamiento al cáncer o a otra enfermedad o condición que pone en peligro la vida; y
- Es referido por un proveedor participante que concluye que su participación en la prueba clínica controlada sería apropiada.

Todas las otras pruebas clínicas controladas, inclusive si usted no padece de cáncer o de otra enfermedad o condición que ponga su vida en peligro, pueden estar sujetas a las secciones de revisión de utilización y de apelación externa en este contrato.

Nosotros no cubrimos: los costos de investigación de medicamentos o aparatos; los costos por servicios requeridos para que usted reciba el tratamiento pero que no estén relacionados con la salud; los costos de administración de la investigación; o los costos que no estarían cubiertos dentro de este contrato para tratamientos no relacionados a la investigación en pruebas clínicas controladas.

Una “prueba clínica controlada” significa que una fase I, II, III o IV:

- Es financiada por el gobierno federal o es una prueba clínica aceptada;
- Se conduce con el propósito de investigación de una aplicación de un medicamento bajo la supervisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); o
- Una prueba para medicamentos que está exenta de una investigación para la aplicación de nuevos medicamentos.

G. Diálisis

Nosotros cubrimos los tratamientos por diálisis en condiciones graves o crónicas de los riñones.

Nosotros también cubrimos los tratamientos de diálisis que son provistos por proveedores no participantes cuando están sujetos a las siguientes condiciones:

- El proveedor no participante está legalmente licenciado para la práctica y tiene autorización para proveer este tratamiento
- El proveedor no autorizado está localizado por fuera de nuestra área de servicio
- El proveedor participante, quien le brinda tratamiento a usted, ha declarado por escrito que el tratamiento por el proveedor no participante es necesario

-
- Usted nos notifica por escrito por lo menos con 30 días de anticipación de la(s) fecha(s) del tratamiento propuesto e incluye la orden por escrito arriba mencionada. La notificación anticipada del periodo de 30 días puede sucederse antes si usted tiene la necesidad de salir de viaje o tiene una inesperada emergencia familiar u otro tipo de emergencia con el entendimiento que nosotros tendremos una razonable oportunidad para revisar sus planes de viaje y de tratamiento.
 - Nosotros nos reservamos el derecho de preautorizar el horario y el tratamiento de diálisis
 - Nosotros proveeremos beneficios para no más de 10 tratamientos de diálisis por un proveedor no participante durante el término de un año
 - Los beneficios de un proveedor no participante están cubiertos cuando las condiciones arriba mencionadas se cumplen y están sujetas a cualquier costo compartido que se aplique a los tratamientos provistos por un proveedor participante. Sin embargo, usted también es responsable por el pago de la diferencia entre la cantidad que nosotros pagamos si el servicio hubiera sido provisto por un proveedor participante y la cantidad que el proveedor no participante cobra.

H. Servicios de habilitación

Nosotros cubrimos los servicios de habilitación que consisten en las terapias físicas, del habla y ocupacionales en el departamento para pacientes ambulantes de la institución o en la oficina de cuidados de salud profesionales hasta por 60 visitas por cada condición por un año del plan. Las limitaciones a las visitas se aplican a la combinación de todas las terapias. Para los propósitos de este beneficio, “por condición” se entiende que es la enfermedad o lesión existente que necesita de terapia.

I. Atención médica domiciliaria

Nosotros cubrimos los cuidados de salud que se proveen en su hogar por una agencia de atención médica domiciliaria que sea certificada o con licenciada por la agencia estatal apropiada. Los cuidados deben ser provistos de acuerdo al plan de tratamiento que su doctor haya escrito y deben ser brindados en lugar de la hospitalización o confinamiento en una casa de reposo en un establecimiento que tenga servicios de enfermería especializados. La atención médica domiciliaria incluye:

- Atención de enfermería intermitente o de tiempo parcial por parte o bajo la supervisión de un enfermero(a) profesional registrado;
- Servicios de atención médica domiciliaria intermitente o de tiempo parcial por parte de un asistente;
- La terapia física, ocupacional y del habla si es proporcionada por una agencia de atención médica domiciliaria; y
- Los materiales médicos, fármacos y medicamentos recetados por un médico, así como los servicios de laboratorio de una agencia de atención médica domiciliaria o en nombre de esta, en la medida en que estos artículos habrían sido cubiertos si el miembro hubiera estado en el hospital o estada en un centro de enfermería especializada.

Los cuidados de salud en el hogar se limitan a 40 visitas por año del plan. Cada visita por un miembro de la agencia de cuidados en el hogar, se considera como una (1) visita. Cada visita hasta por cuatro (4) horas por un asistente de la salud en el hogar se considera como una (1) visita. Cualquiera de los servicios de rehabilitación o habilitación que se reciban dentro de este beneficio no reducirán la cantidad de servicios disponibles dentro de los beneficios de rehabilitación o de habilitación.

J. Tratamientos de infertilidad

Nosotros cubrimos los servicios para el diagnóstico y tratamiento (quirúrgico o médico). La “infertilidad” es una enfermedad o afección caracterizada por la incapacidad para poder embarazar a otra persona o para concebir y es definida por la imposibilidad de establecer un embarazo clínico después de 12 meses de relaciones sexuales sin protección o inseminación terapéutica de donantes, o después de seis (6) meses teniendo relaciones sexuales regulares sin protección o inseminación de donantes terapéuticos para una mujer de 35 años de edad o mayor. La evaluación y tratamientos tempranos pueden justificarse según sean el historial médico o los hallazgos físicos en el miembro. Esta cobertura se encuentra disponible en la siguiente forma:

1. **Servicios básicos para la infertilidad.** Los servicios básicos para la infertilidad se proveen al suscriptor que es un candidato apropiado para un tratamiento de infertilidad. En orden para determinar esta elegibilidad, nosotros empleamos las normas del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists), de la Sociedad Americana de Medicina para la Reproducción (American Society for Reproductive Medicine) y del Estado de New York.

Los servicios básicos para la infertilidad incluyen:

- Evaluación inicial;
- Análisis del semen;
- Evaluación de laboratorio;
- Evaluación de la función ovulatoria;
- Pruebas de post-coito;
- Biopsia endometrial;
- Ultrasonido pélvico;
- Utero-salpingograma;
- Sono-uterograma;
- Biopsia de testículos;
- Pruebas sanguíneas; y
- Tratamientos médicos apropiados para la disfunción ovular.

Pruebas adicionales pueden ser cubiertas si esas pruebas son consideradas ser médicamente necesarias.

-
2. **Servicios completos para la infertilidad.** Si los servicios básicos de infertilidad no dan como resultado un incremento en la fertilidad, nosotros cubriremos los servicios completos para la infertilidad.

Los servicios completos para la infertilidad incluyen:

- Monitoreo e inducción de la ovulación;
- Ultrasonido pélvico;
- Inseminación artificial;
- Uteroscopia;
- Laparoscopia; y
- Laparotomía.

3. **Servicios de preservación de la fertilidad.** Nosotros cubrimos los servicios estándar de preservación de la fertilidad cuando un tratamiento médico conducirá directa o indirectamente a infertilidad iatrogénica. Los servicios estándar de preservación de la fertilidad incluyen la colección, conservación y almacenamiento de óvulos, esperma o embriones. “Infertilidad iatrogénica” significa un deterioro de la fertilidad debido cirugía, radiación, quimioterapia u otro tratamiento médico que afecte los órganos o procesos reproductivos.

4. **Exclusiones y limitaciones.** Nosotros no cubrimos:

- Fertilización in vitro;
- Tránsito de gametos dentro de las trompas de falopio o transferencia de cigotos dentro de las trompas de falopio;
- Los costos asociados con un donante de óvulos o espermatozoides, incluidos los gastos médicos del donante;
- Criopreservación y almacenamiento de espermatozoides y óvulos, excepto cuando se realizan como servicios de preservación de la fertilidad;
- Preservación criogénica y almacenamiento de embriones;
- Juegos para la predicción de la ovulación;
- Inversión de ligadura de las trompas;
- Inversión de vasectomías;
- Costos para y relacionados a suplentes de maternidad;
- Clonación; o
- Procedimientos médicos y quirúrgicos que sean experimentales o de investigación, a menos que nuestra negación sea anulada por un agente de una apelación externa.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Todos los servicios deben ser provistos por proveedores que estén calificados para brindar tales servicios de acuerdo a las normas establecidas y adoptadas por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (American Society for Reproductive Medicine). Nosotros no discriminaremos en función de la duración esperada de su vida, de la discapacidad actual o prevista, del grado de dependencia médica, de la calidad de vida percibida, otras afecciones de salud o en función de características personales que incluyen su edad, sexo, orientación sexual, estado civil o identidad de género, al determinar la cobertura de este beneficio.

K. Terapia de infusión

Nosotros cubrimos la terapia de infusión la cual es la administración de medicamentos usando sistemas especializados para su aplicación. Los medicamentos y nutrientes administrados directamente en las venas se considera como terapia de infusión. Los medicamentos administrados oralmente o por auto-inyección no son considerados como terapias de infusión. Estos servicios deben ser ordenados por un doctor u otro profesional de los cuidados de la salud y deben proveerse en una oficina o por una agencia con licencia o certificación para proveer terapia de infusión. Cualquier visita en el hogar para una terapia de infusión cuenta para el límite de visitas para los cuidados de salud en el hogar.

L. Interrupción del embarazo

Nosotros cubrimos abortos terapéuticos, incluyendo abortos en casos de violación, incesto y por malformaciones del feto (quiere decir, abortos médicamente necesarios). Nosotros cubrimos abortos electivos una vez (1) por año del plan.

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

Nosotros cubrimos rayos X, procedimientos de laboratorio y pruebas de diagnóstico, servicios y materiales, incluyendo rayos X para diagnóstico, rayos X para terapia, fluoroscopia, electrocardiogramas, electroencefalogramas, pruebas de laboratorio y servicios terapéuticos de radiología.

N. Cuidados de maternidad y del recién nacido

Nosotros cubrimos los servicios para los cuidados de la maternidad provistos por un doctor o una enfermera partera practicante, un hospital o un centro de nacimientos. Nosotros cubrimos los cuidados prenatales (incluyendo una (1) visita para una prueba genética), cuidados postnatales, parto y complicaciones durante el embarazo. Para que los servicios de una partera sean cubiertos, la partera debe tener una licencia de acuerdo al artículo 140 de la Ley de Educación del Estado de New York y practicar en consistencia con la sección 6951 de la Ley de Educación del Estado de New York y estar afiliada o practicar en conjunto con una institución con licencia de acuerdo al artículo 28 de la Ley de Salud Pública de New York. Nosotros no pagaremos servicios de rutina duplicados provistos por ambos, un doctor y una partera. Consulte la sección de servicios para el paciente hospitalizado en este contrato para conocer la cobertura de los cuidados de maternidad para el paciente hospitalizado.

Nosotros cubrimos el apoyo para dar el pecho, asesoramiento y suministros, incluyendo el costo de renta o compra de un proveedor participante o vendedor asignado de una (1) bomba extractora de leche por embarazo y una (1) por año calendario durante la lactancia.

O. Visitas de oficina

Nosotros cubrimos las visitas de oficina para diagnósticos y tratamientos de lesiones, enfermedades y condiciones médicas. Las visitas de oficinas pueden incluir vistas al hogar.

P. Servicios de hospital para pacientes ambulantes

Nosotros cubrimos servicios y suministros en los hospitales y que se proveen cuando usted está siendo tratado en un hospital para pacientes ambulantes, de acuerdo a lo descrito en la sección de Servicios del Paciente Hospitalizado en este contrato. Por ejemplo, los servicios cubiertos incluyen pero no están limitados a terapia por inhalación, rehabilitación pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca. A menos que usted se encuentre recibiendo pruebas de pre-admisión, en hospitales que no sean proveedores participantes, para procedimientos de laboratorio y pruebas para pacientes ambulantes.

Q. Pruebas de pre-admisión

Nosotros cubrimos pruebas ordenadas por su doctor y llevadas a cabo en hospitales para pacientes ambulantes antes de una cirugía programada en el mismo hospital si:

- Las pruebas son necesarias y consistentes con el diagnóstico y tratamiento de la condición por la cual la cirugía va a tener efecto;
- Las reservaciones para la cama en el hospital y la sala de operaciones fueron previamente hechas antes de que se hicieran las pruebas;
- La cirugía toma lugar dentro de los siete (7) días siguientes a las pruebas; y
- El paciente se encuentra físicamente presente en el hospital para las pruebas.

R. Medicamentos recetados para su uso en la oficina y en las instalaciones para pacientes ambulatorios

Cubrimos los medicamentos orales e inyectables (excluidos los autoinyectables) utilizados por su proveedor en el consultorio del proveedor con fines preventivos y terapéuticos. Este beneficio se aplica cuando su proveedor ordena el medicamento con receta y se lo administra a usted. Cuando los medicamentos recetados están cubiertos por este beneficio, no serán cubiertos por la sección cobertura de medicamentos recetados en este contrato.

S. Servicios de rehabilitación

Nosotros cubrimos los servicios de rehabilitación que consisten de terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento en una institución o en una oficina para cuidados profesionales de salud, hasta por 60 visitas por condición por año del plan. El límite de visitas se aplica a todas las terapias combinadas. Para los propósitos de este beneficio, “por condición” se entiende la enfermedad o lesión que es la causa por la necesidad de la terapia.

Nosotros cubrimos terapias para el habla y físicas solamente cuando:

- Tal terapia se relaciona al tratamiento o diagnóstico de su enfermedad o lesión físicas;
- La terapia es ordenada por un doctor; y
- Usted ha sido hospitalizado o ha tenido cirugía para esa enfermedad o lesión.

Los servicios de rehabilitación cubiertos deben iniciarse dentro de los seis (6) primeros meses de haber ocurrido lo siguiente:

- La fecha de la lesión o enfermedad que causa la necesidad de la terapia;
- La fecha en que usted fue dado de alta de un hospital donde se le fue practicada una cirugía; o
- La fecha en que los cuidados quirúrgicos como paciente ambulatorio se le fueron otorgados.

En ningún caso la terapia continuará por más de 365 días después de tales eventos.

T. Segundas opiniones

1. **Segunda opinión acerca del cáncer.** Nosotros cubrimos una segunda opinión por un especialista apropiado, incluyendo pero no limitado a un especialista afiliado con un centro de cuidados especializados, en el evento en que tenga un diagnóstico positivo o negativo de cáncer o una re-ocurrencia del cáncer o una recomendación para un tratamiento contra el cáncer. Usted puede obtener una segunda opinión de un proveedor no participante en bases como si fuera un proveedor participante cuando su doctor le provee con una referencia por escrito a un especialista que no es participante.
2. **Segunda opinión acerca de una cirugía.** Nosotros cubrimos una segunda opinión por un doctor calificado acerca de la necesidad de tener una cirugía.
3. **Requerimiento de una segunda opinión acerca de una cirugía.** Nosotros podemos requerir una segunda opinión antes de pre-autorizar un procedimiento quirúrgico. No hay ningún costo para usted cuando nosotros solicitamos una segunda opinión.
 - La segunda opinión debe ser emitida por un especialista con una certificación del consejo de especialistas en esa especialidad y quien lo examine a usted personalmente
 - Si no hay un acuerdo entre la primera y segunda opinión, usted puede obtener una tercera opinión
 - Los consultantes para la segunda y tercera opiniones no pueden llevar a cabo la cirugía

-
4. **Segundas opiniones en otros casos.** Puede haber otras ocasiones en donde usted no esté de acuerdo con las recomendaciones del proveedor o con el curso de su tratamiento. En tales casos, usted puede solicitar que se designe a otro proveedor para que emita una segunda opinión. Si la primera y segunda opiniones no están de acuerdo, nosotros podemos designar a otro proveedor para que emita una tercera opinión. Después de haberse completado el proceso de la segunda opinión, nosotros pre-autorizaremos los servicios cubiertos que la mayoría de los proveedores apoyan después de la revisión de su caso.

U. Servicios quirúrgicos

Nosotros cubrimos los servicios a los médicos por las cirugías que efectúan, incluyendo el proceso de la operación y los procesos para el tratamiento de la enfermedad o lesión, así como la reducción de fracturas y dislocaciones de los huesos, endoscopias, incisiones, o perforaciones en la piel en un paciente hospitalizado o ambulante, incluyendo los servicios del cirujano o especialista, asistente (incluyendo un asistente de doctor o una enfermera practicante), y un anestésista o anestesiólogo, junto con los cuidados pre y post operativos. No existen beneficios disponibles para los servicios de anestesia cuando son provistos como parte de un procedimiento quirúrgico llevado a cabo por un cirujano o un asistente de cirujano.

A veces dos (2) o más procedimientos quirúrgicos pueden llevarse a cabo al mismo tiempo en una operación.

1. **A través de la misma incisión.** Si varios múltiples procedimientos quirúrgicos se llevan a cabo a través de la misma incisión, nosotros pagaremos por el procedimiento con la más alta cantidad permitida y el 50% de la cantidad que de otra manera pagaríamos de acuerdo a este contrato por los procedimientos secundarios, excepto por procedimientos secundarios que, de acuerdo a las reglas de código reconocidas nacionalmente, están exentos de reducciones como múltiples procedimientos quirúrgicos. Nosotros no pagaremos nada por procedimientos secundarios que son incidentales a un procedimiento primario.
2. **A través de diferentes incisiones.** Si se realizan múltiples procedimientos quirúrgicos durante la misma sesión de cirugía pero se hacen a través de diferentes incisiones, nosotros pagaremos de la siguiente manera:
 - Por el procedimiento con la más alta cantidad permitida; y
 - 50% de la cantidad que de otra manera pagaríamos por el resto de los otros procedimientos.

V. Cirugía oral

Nosotros cubrimos los siguientes procedimientos quirúrgicos limitados para procedimientos dentales y orales:

- Procedimientos de cirugía oral para las mandíbulas o los tejidos circundantes y los servicios dentales para la reparación o el reemplazo de dientes sanos naturales requeridos debido a un accidente. El reemplazo se cubre solamente cuando la reparación no es posible. Los servicios dentales deben obtenerse dentro de un periodo de 12 meses a partir de la fecha del accidente.
- Procedimientos de cirugía oral para los huesos de las mandíbulas o de los tejidos circundantes y los servicios dentales necesarios debido a enfermedades congénitas o anomalías
- Procedimientos de cirugía oral requeridos para la corrección de condiciones fisiológicas que no son dentales pero que han resultado en una severa deficiencia funcional
- Remoción de tumores y quistes que requieren de un examen de las mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar y piso de la boca. Los quistes relacionados a los dientes no están cubiertos.
- Procedimientos médicos que no son quirúrgicos para problemas de la articulación temporomandibular y cirugía ortognata

W. Cirugía reconstructiva de la mama

Nosotros cubrimos la cirugía reconstructiva de la mamá después de una mastectomía o de una mastectomía parcial. La cobertura incluye: Todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre las cuáles la mastectomía total o parcial ha sido efectuada; cirugía y reconstrucción de la mamá opuesta para producir una apariencia simétrica; y cirugía por complicaciones físicas de la mastectomía o mastectomía parcial, incluyendo linfedemas, de la manera apropiada decidida por usted y su doctor. Nosotros también cubrimos la implantación de prótesis de mama después de una mastectomía o mastectomía parcial.

X. Otras reconstrucciones y cirugías correctivas

Nosotros cubrimos otras cirugías reconstructivas y correctivas además de las cirugías de reconstrucción a las mamas, cuando:

- Se realizan para corregir defectos congénitos de nacimiento en un niño(a) que haya nacido con un defecto congénito que resulte en una discapacidad funcional;
- Cirugía incidental a otra cirugía o que es seguimiento de una cirugía que se necesitó por un trauma, infección o enfermedad de la parte operada; o
- De cualquier otra manera si es medicamente necesaria.

Y. Trasplantes

Nosotros cubrimos solamente aquellos trasplantes que se determinan que no son experimentales o de investigación. Los trasplantes cubiertos incluyen, pero no están limitados a trasplantes de: riñón, corneas, hígado, corazón, páncreas y pulmones; y de médula ósea en casos de anemia aplásica, leucemia, enfermedades severas de la inmunodeficiencia y en casos del síndrome de Wiskott-Aldrich.

Todas las evaluaciones de trasplantes de órganos y de los trasplantes de órganos deben ser prescritos por su(s) especialista(s). Además, todos los trasplantes deben realizarse en los hospitales que nosotros hemos aprobado y designado específicamente como centros de excelencia para realizar esos procedimientos.

Nosotros cubrimos los gastos de hospital y médicos, incluyendo los honorarios para la búsqueda de un donador, del suscriptor recipiente. Nosotros cubrimos los servicios de trasplante que usted requiere cuando usted es un donador de órganos, solamente si el recipiente se encuentra cubierto por nosotros. Nosotros no cubrimos los gastos médicos de un individuo que no está cubierto y que actúa como el donador para usted si los gastos de este individuo actuando como donador que no se encuentra cubierto por nosotros están cubiertos por otro plan o programa de salud.

Nosotros no cubrimos: gastos de viaje, alojamiento, alimentos u otros alojamientos para donadores o huéspedes; los honorarios para un donador en conexión con la cirugía de trasplante; o recolección y almacenamiento de células madre de la sangre del cordón umbilical un recién nacido.

Sección X

Beneficios adicionales, equipo y aparatos

Por favor consulte la sección de Programa de Beneficios en este contrato para conocer los requerimientos de costo compartido, los límites de días o visita y cualquier requisito para pre-autorización o referencia que se aplique a estos beneficios.

A. Trastorno del espectro autista

Cubrimos los siguientes servicios cuando dichos servicios sean indicados u ordenados por un médico autorizado o por un psicólogo autorizado y cuando determinemos que son médicamente necesarios para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de un trastorno del espectro autista. Para fines de esta sección, un “trastorno del espectro autista” se define como cualquier trastorno generalizado del desarrollo según la edición más reciente del Manual de estadísticas y diagnóstico de trastornos mentales en el momento en que se proporcionan los servicios.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

- 1. Evaluación y diagnóstico.** Cubrimos análisis, evaluaciones y pruebas a fin de determinar si una persona tiene un trastorno del espectro autista.
- 2. Dispositivos de comunicación asistida.** Cubriremos una evaluación formal realizada por un patólogo del habla y el lenguaje para determinar si necesita un dispositivo de comunicación asistida. En función de la evaluación formal, proporcionaremos cobertura para rentar o comprar dispositivos de comunicación asistida cuando sean ordenados o indicados por un doctor autorizado o por un psicólogo autorizado si usted no puede comunicarse utilizando los medios normales (es decir, el habla o la escritura) cuando la evaluación indique que un dispositivo de comunicación asistida probablemente le proporcione a usted una mejor comunicación. Algunos ejemplos de dispositivos de comunicación asistida incluyen los tableros de comunicación y los dispositivos de generación del habla. Nuestra cobertura se limita a los dispositivos especializados. Únicamente cubriremos los dispositivos que generalmente no serían útiles para una persona que no tuviera una dificultad en la comunicación. No cubriremos artículos como computadoras portátiles, computadoras de escritorio ni computadoras como tabletas, entre otros. Sin embargo, cubriremos los programas y/o las aplicaciones que permitan que una computadora portátil, computadora de escritorio o computadora como tableta funcione como un dispositivo de generación del habla. La instalación del programa y/o el soporte técnico no se reembolsan por separado. Determinaremos si el dispositivo debe ser comprado o rentado.

Cubrimos la reparación y el reemplazo de dichos dispositivos cuando sean necesarios debido al desgaste habitual o un cambio significativo en su condición física. No cubrimos la reparación y el reemplazo necesarios debido a la pérdida o al daño a causa del uso indebido, maltrato o robo; sin embargo, cubriremos un reemplazo o una reparación por tipo de dispositivo que sea necesario debido a problemas conductuales. Se proporcionará cobertura para el dispositivo más adecuado para su nivel funcional actual. No proporcionaremos cobertura para los cargos de entrega o servicio, ni para mantenimiento de rutina.

- 3. Tratamiento de salud conductual.** Cubrimos los programas de asesoramiento y tratamiento que sean necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, al máximo posible, el funcionamiento de un individuo. Proporcionaremos dicha cobertura cuando sea brindada por un proveedor autorizado. Proporcionaremos cobertura para el análisis del comportamiento aplicado cuando sea proporcionado por un analista del comportamiento con licencia o certificado en Analistas del Comportamiento. “Análisis del comportamiento aplicado” hace referencia al diseño, la implementación y la evaluación de las modificaciones ambientales, utilizando estímulos y efectos conductuales, para producir una mejora socialmente significativa en el comportamiento humano, lo que incluye el uso de la observación directa, la medición y el análisis funcional de la relación entre el ambiente y el comportamiento. El programa de tratamiento debe describir los objetivos mensurables que abordan la afección y las dificultades funcionales para los cuales se aplica la intervención, e incluye objetivos a partir de una evaluación inicial y evaluaciones provisionales subsiguientes durante toda la intervención en términos objetivos y mensurables.

-
4. **Atención psiquiátrica y psicológica.** Cubrimos los servicios directos o de asesoramiento proporcionados por un psiquiatra, psicólogo o trabajador social clínico licenciado con la experiencia requerido por la Ley de Seguros de New York (New York Insurance Law) con licencia en el estado en el cual se desempeñen.
 5. **Atención terapéutica.** Cubrimos los servicios terapéuticos necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, al máximo posible, el funcionamiento de la persona cuando tales servicios sean proporcionados por terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales autorizados o certificados para tratar un trastorno del espectro autista y cuando los servicios brindados por dichos proveedores se encuentren de otro modo cubiertos en virtud de este Contrato. Excepto cuando la ley indique lo contrario, los servicios brindados en este párrafo se incluirán en toda cantidad máxima de visitas totales aplicable a los servicios de tales terapeutas o trabajadores sociales en virtud de este Contrato.
 6. **Atención de farmacia.** Cubrimos los medicamentos recetados para tratar un trastorno del espectro autista que sean indicados por un proveedor legalmente autorizado para recetar en virtud del título 8 de la Ley de Educación de New York (New York Education Law). Nuestra cobertura de dichos medicamentos recetados está sujeta a todos los términos, disposiciones y limitaciones que se aplican a los beneficios de los medicamentos recetados en virtud de este Contrato.
 7. **Limitaciones.** No cubrimos ningún servicio ni tratamiento mencionado anteriormente cuando dichos servicios o tratamientos sean proporcionados conforme a un plan de educación individualizada en virtud de la Ley de Educación de New York. La provisión de servicios relacionados al plan individualizado de familia bajo la sección 2545 de la ley de Salud Pública de New York (New York Public Health Law), un plan de educación individualizada bajo el Artículo 89 de la Ley de Educación de New York, o plan de servicio individualizado de acuerdo a las regulaciones de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo en el Estado de New York no deben afectar la cobertura bajo este contrato para los servicios provistos en bases suplementarias por fuera de un entorno educacional y prescritas por un doctor o por un psicólogo, ambos licenciados para la práctica de sus especialidades.

Usted será responsable por cualquier provisión de copago o coseguro para servicios similares bajo lo estipulado por este contrato. Por ejemplo, cualquier copago o coseguro que se aplique a las visitas para la terapia física generalmente serán también aplicados a los servicios de terapia física cubiertos bajo ese beneficio; y cualquier copago o coseguro por medicamentos de receta, generalmente será también aplicado bajo este beneficio. Consulte la sección de Programa de Beneficios en este contrato para conocer acerca de los requerimientos de costos compartidos que se aplican a los análisis del comportamiento y los aparatos de asistencia para la comunicación.

Ninguna de las partes en este contrato deberá inferir que afecta cualquier obligación para proveer cobertura para servicio que de otra manera están cubiertos solamente en las bases que estos servicios constituyen una temprana intervención en acuerdo con la sección 3235-a de la Ley de Seguros de New York o un plan de servicios individualizado en acuerdo con la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo en el Estado de New York.

B. Materiales, equipo, suministros y educación para el autocontrol de la diabetes

Pagaremos equipo, suministros y educación para el autocontrol de la diabetes si están prescritos o recomendados por un doctor u otro proveedor participante legalmente autorizado para emitir prescripciones en virtud del título 8 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York como se describe abajo:

1. Equipo y suministros

Nosotros cubriremos el siguiente equipo y suministros relacionados para el tratamiento de la diabetes cuando su doctor u otro proveedor legalmente autorizado lo prescriben:

- Tiras reactivas de acetona
- Tabletas reactivas de Acetona
- Alcohol o peróxido en pinta
- Toallitas de alcohol
- Todas las preparaciones de insulina
- Juego automáticos de lancetas para sangre
- Cartuchos para personas problemas de la visión
- Sistemas para el manejo de la información del estado de la diabetes
- Cartuchos de pluma e insulina desechables
- Aparatos para dibujar para las personas con discapacidades de la visión
- Equipo para el uso de la bomba
- Inyecciones de Glucagón para aumentar la concentración de la glucosa sanguínea
- Paquete de glucosa
- Monitor de glucosa con o sin funciones especiales para el control de las soluciones para personas con problemas de visión y tiras para monitorizar la glucosa en el hogar
- Prueba de glucosa o tiras reactivas
- Cinta reactiva para la glucosa
- Auxiliares para las inyecciones
- Inyector automático (Busher)
- Insulina
- Envíos de los cartuchos de insulina
- Servicios para la infusión de insulina
- Bomba de insulina
- Lancetas
- Agentes orales tales como las tabletas y geles de glucosa

-
- Agentes orales anti-diabéticos, empleados para reducir los niveles de azúcar sanguínea
 - Jeringa con aguja; estériles — caja de 1cc
 - Productos para monitorizar la glucosa y las cetonas en la orina
 - Suplementos adicionales, tal y como el Comisionado de Salud del Estado de New York lo designe como un tratamiento apropiado para la diabetes

El equipo y los suministros para la diabetes se cubren solamente cuando son obtenidos de parte de fabricante de equipo para la diabetes designado o de un fabricante de suministros que tenga un acuerdo con nosotros para proveer todo el equipo y suplementos para la diabetes que es requerido por ley para los Miembros y a través de las farmacias participantes. Si usted requiere de ciertos artículos que no estén disponibles de parte de nuestro fabricante del equipo y suministros diabéticos designado, usted o su proveedor deben presentar una solicitud de excepción médica, llamando al **1-866-265-1893**. Nuestro director médico hará todas las determinaciones para cualquier excepción médica solicitada. El equipo para la diabetes y los suministros se limitan a suplementos por una duración de 30 días y hasta suplementos por 90 días cuando son adquiridos directamente de una farmacia.

2. Educación para el autocontrol

La educación para el autocontrol de la diabetes es una educación diseñada para las personas afectadas por la diabetes y consiste en el aprendizaje del autocontrol y tratamiento de la condición de diabetes que les afecta, incluyendo información acerca de las dietas correctas. Nosotros cubrimos esta educación para el autocontrol y la nutrición cuando: la diabetes es inicialmente diagnosticada; cuando un doctor descubre cambios significativos en sus síntomas o condiciones que necesitarán de un cambio en la educación del autocontrol; o cuando un curso de actualización es necesario. Lo anterior debe ser provisto de acuerdo a lo siguiente:

- Por un doctor u otro proveedor de salud autorizado, de acuerdo a lo prescrito por el Título 8 de la Ley de Educación de New York, o su personal durante una visita a su oficina;
- Como respuesta a una solicitud de su doctor u otro proveedor de los cuidados para la salud autorizado tal y como se prescribe en el Título 8 de la Ley de Educación del Estado de New York para los educadores médicos que no son doctores, como: enfermeras educadoras certificadas para la diabetes; nutricionistas certificados; y nutricionistas registrados con un grupo cuando sea posible hacerlo; y
- La educación también puede proveerse en su hogar cuando sea médicamente necesario.

3. Limitaciones

Los artículos serán provistos solamente en las cantidades que estén de acuerdo con el plan desarrollado para usted por el doctor. Nosotros cubriremos solamente los modelos básicos de monitores para la glucosa sanguínea, a menos que usted tenga necesidades especiales relativas a un visión pobre o a la ceguera.

C. Equipo Médico Duradero y soportes

Nosotros cubrimos la renta o compra del equipo médico duradero y los soportes.

1. Equipo Médico Duradero

El equipo Médico Duradero es equipo que:

- Pueda soportar el uso reiterado por un período extenso de tiempo;
- Sea utilizado principal y habitualmente para fines médicos;
- Generalmente no es útil ante la ausencia de enfermedad o lesión; y
- Tiene un uso apropiado en el hogar.

La cobertura es solamente para equipo estándar. Nosotros cubrimos el costo de las reparaciones y reemplazo cuando es necesario que se hagan debido al desgaste habitual o daños ocurridos. Nosotros no cubrimos el costo de reparaciones o reemplazos como resultado del uso o mal uso ocasionados por usted. Nosotros determinaremos si el equipo se renta o se adquiere. Nosotros no cubrimos equipo médico duradero de venta libre.

Nosotros no cubrimos equipo diseñado para su comodidad o conveniencia (por ejemplo, piscinas portátiles, jacuzzis, aparatos de aire acondicionado, saunas, humidificadores, deshumidificadores, equipo para ejercicio), ya que no reúne la definición de ser equipo médico duradero.

2. Soportes

Nosotros cubrimos soportes, incluyendo soportes ortóticos, que son empleados externamente y que asisten a todas o a una función corporal de manera temporal o permanentemente, la cual se ha perdido o está dañada debido a una enfermedad, lesión o defecto. La cobertura es solamente para equipos estándar. Nosotros cubrimos los reemplazos cuando debido al crecimiento o a un cambio en su condición médica hace que el reemplazo sea necesario. Nosotros no cubrimos el costo de reparaciones o reemplazos si es como resultado del abuso o mal uso ocasionados por usted.

D. Aparatos para la audición

1. Audífonos externos

Nosotros cubrimos los aparatos para la audición que son requeridos para corregir la discapacidad de audición (una reducción en la habilidad para percibir el sonido que puede variar desde una pérdida leve hasta una completa sordera). Los aparatos para la audición son aparatos amplificadores electrónicos diseñados para conducir el sonido de una manera efectiva al oído. Un aparato para la audición consiste de un micrófono, un amplificador y un receptor.

Los servicios cubiertos están disponibles para los aparatos para la audición que son adquiridos como resultado de una recomendación por escrito por un doctor e incluyen el aparato para la audición y los cambios necesarios para su ajuste y prueba. Nosotros cubrimos solamente una compra (incluyendo la reparación y/o el reemplazo) de un aparato para la audición para un (1) oído o ambos oídos una vez cada tres (3) años.

2. Implantes cocleares

Cubrimos los audífonos anclados en los huesos (es decir, los implantes cocleares) cuando son médicamente necesarios para corregir una discapacidad auditiva. Los ejemplos de cuándo los audífonos con anclaje óseo son médicamente necesarios incluyen los siguientes:

- Anomalías craneofaciales cuyos canales auditivos anormales o ausentes impiden el uso de un audífono portátil; o
- Pérdida auditiva de suficiente gravedad como para que no pudiera remediarse adecuadamente con un audífono portátil.

La cobertura es para un (1) aparato para la audición por todo el período de tiempo que usted se encuentre suscrito a este contrato. Nosotros cubriremos la reparación o reemplazo de un aparato anclado en hueso solamente en caso de un mal funcionamiento.

E. Hospicio

Los cuidados de hospicio se encuentran disponibles si su doctor de cuidados primarios certifica que usted tiene seis (6) meses o menos de vida. Nosotros cubrimos los cuidados de hospicio para un paciente hospitalizado o en hospicio o en una casa con cuidados de enfermería y servicios para pacientes no hospitalizados provistos por un hospicio, incluyendo los medicamentos y suministros médicos. La cobertura para los cuidados de hospicio se provee por 210 días. Nosotros también cubrimos cinco (5) visitas para brindar cuidados de apoyo y asesoramiento con el propósito de ayudarle a usted y a su familia inmediata a superar todos los aspectos emocionales y sociales relativos a la muerte, llevándolos a cabo antes y después de su deceso.

Nosotros cubriremos los cuidados de hospicio solo cuando se proveen como parte del programa de Cuidados de Hospicio certificado de acuerdo al artículo 40 de la Ley de Salud Pública del Estado de New York. Si los cuidados se proveen fuera del Estado de New York, el hospicio debe certificarse bajo el mismo procedimiento de certificación requerido por el estado en donde se localiza el hospicio. Nosotros no cubrimos los arreglos para el funeral, servicios de pastor, financieros o asesoramiento legal; asistencia en el hogar, cuidadores de los cuidados de salud o períodos de descanso para los asistentes de los cuidados de salud.

F. Suministros médicos

Nosotros cubrimos suministros médicos que son requeridos para el tratamiento de una enfermedad o lesión que se cubre bajo los términos de este contrato. Nosotros también cubrimos suministros para el mantenimiento (por ejemplo, suministros para ostomías) para condiciones que se cubran bajo este contrato. Todos los suministros mencionados deben ser en las cantidades apropiadas para el tratamiento o mantenimiento para un programa en progreso. Nosotros no cubrimos suministros médicos de venta libre. Consulte la sección arriba mencionada de Equipo, suministros y educación para el autocontrol de la diabetes para obtener una definición de la cobertura para los suministros de la diabetes.

G. Prótesis

1. Prótesis externas

Nosotros cubrimos las prótesis (incluyendo pelucas) que se usan externamente y que reemplazan temporal o permanentemente todas o algunas de las partes externas del cuerpo que ha sido perdida o dañada debido a una enfermedad o lesión. Nosotros cubrimos pelucas solamente cuando usted ha tenido una severa pérdida del pelo debido a una lesión o a una enfermedad o si es un efecto secundario al tratamiento de una enfermedad (por ejemplo, quimioterapia). Nosotros no cubrimos pelucas manufacturadas con pelo humano a menos de que usted sea alérgico a todos los materiales sintéticos empleados en las pelucas.

Nosotros no cubrimos dentaduras u otros aparatos usados en conexión con los dientes, a menos que esto sea requerido debido a un accidente a los dientes sanos naturales o sea necesario debido a una enfermedad o una anomalía congénitas.

Los anteojos y lentes de contacto no se cubren bajo este contrato y solamente son cubiertos bajo la sección de Cuidados de la visión en este contrato.

Nosotros no cubrimos plantillas para zapatos.

Nosotros cubrimos prótesis externas para mama después de una mastectomía, las cuales no están sujetas a un límite de por vida.

La cobertura es para equipo estándar solamente.

Nosotros cubrimos el costo de una (1) prótesis por extremidad, de por vida. Nosotros también cubrimos el costo de reparación y reemplazo de la prótesis y de sus partes. Nosotros no cubrimos el costo de reparación o reemplazo cubierto por la garantía o si la reparación y el reemplazo es como resultado del abuso o mal uso ocasionados por usted.

2. Prótesis internas

Nosotros cubrimos prótesis internas implantadas quirúrgicamente y aparatos especiales si ellos mejoran o restauran la función de una parte interna del cuerpo que ha sido removida o dañada debido a una enfermedad o lesión. Esto incluye prótesis para la mama implantada después de una mastectomía total o parcial, de una manera apropiada y determinada por usted y por su doctor.

La cobertura también incluye la reparación y el reemplazo debido a un crecimiento normal o al desgaste y daños normales por el uso.

La cobertura se aplica a equipo estándar solamente.

Sección XI

Servicios para pacientes hospitalizados

(Para otros casos además de los de salud conductual y por el uso de sustancias)

Por favor, consulte la sección de Programa de Beneficios en este contrato para conocer los requerimientos de Costos Compartidos, límites para los días o las visitas y cualquier requerimiento acerca de autorizaciones previas o referencias que se apliquen a estos beneficios.

A. Servicios de hospital

Nosotros cubrimos los servicios para pacientes hospitalizados cuando se reciben servicios para cuidados agudos o tratamientos ordenados por un profesional de los cuidados de salud para un padecimiento, lesión o enfermedad que debe tratarse hospitalizando al paciente, bajo las siguientes características:

- Cuarto y alimentación de forma semi-privada;
- Cuidados de enfermería generales, especiales y críticos;
- Con alimentación y dietas especiales;
- Con el uso de cuartos de operación, recuperación y cuartos y equipo cistoscopios;
- El uso de cuidados intensivos, cuidados especiales o cuidados cardiacos o unidades o equipo para el cuidado cardiaco;
- Elementos de Diagnóstico y Terapéuticos, tales como medicamentos, sueros, preparaciones biológicas, intravenosas y de inmunización, así como sustancias de contraste para la visualización para su compra y que sean fáciles de obtener por el hospital;
- Apósitos y escayolas de yeso;
- Suministros y el uso de equipos en conexión con el oxígeno, anestesia, fisioterapia, quimioterapia, electrocardiografía, electroencefalografía, exámenes con rayos X y terapia de radiación y exámenes de laboratorio y de patología;
- Sangre y productos de la sangre, excepto cuando usted participe en un programa voluntario para el reemplazo de sangre si está disponible para usted;
- Terapia por radiación, terapia de inhalación, quimioterapia, rehabilitación pulmonar terapia de infusión rehabilitación cardiaca;
- Terapias físicas de corta duración, para el habla y ocupacionales; y
- Cualquier servicio médico adicional y suministros que son provistos mientras usted está registrado como un paciente hospitalizado cuyos costos son facturados por el hospital.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Los requisitos de costos compartido en la sección del Programa de beneficios en este contrato se aplican a un confinamiento hospitalario continuo, que consiste en días consecutivos de servicios hospitalarios recibidos como internación o en confinamientos sucesivos de readmisión al hospital que ocurran dentro de un período de no más de 90 días por la misma causa o causas relacionadas.

B. Servicios de observación

Nosotros cubrimos los servicios de observación en un hospital. Los servicios de observación para pacientes ambulatorios en un hospital se proveen para que el doctor decida si usted debe ser admitido al hospital o no. Esos servicios incluyen el uso de una cama y monitoreo periódico por el personal de enfermería o personal con licencia.

C. Servicios médicos para el paciente hospitalizado

Nosotros cubrimos visitas médicas por un profesional de los cuidados de salud en cualquier día para recibir los cuidados de salud cubiertos para el paciente hospitalizado de acuerdo a este contrato.

D. Estadía del paciente para los cuidados de maternidad

Nosotros cubrimos los cuidados de maternidad para la madre y para el recién nacido en un hospital para infantes por lo menos por las siguientes 48 horas después de un parto normal y por lo menos 96 horas después del nacimiento del bebé por una cesárea, independientemente si esos cuidados son médicamente necesarios o no. Los cuidados provistos incluyen educación para los padres, asistencia y entrenamiento en la alimentación dando el pecho, por alimentación con biberón, así el cómo desempeñar todas las evaluaciones clínicas maternas y para el recién nacido. Nosotros también cubriremos cualquier número de días adicionales para los cuidados que nosotros determinemos sean medicamentos necesarios. En el evento en que la madre elija darse de alta del hospital antes de los períodos de 48 o 96 horas y solicite cuidados de salud en su hogar, nosotros cubriremos las visitas para los cuidados en el hogar. La visita de los cuidados de salud en el hogar será provista dentro de las primeras 24 horas después que la madre haya sido dada de alta o en el momento de la solicitud que la madre hace, cualquiera que sea posterior. Nuestra cobertura por estos servicios para la visita para los cuidados de salud en el hogar será además de las visitas para los cuidados de la salud bajo este contrato y no serán sujetas a ninguna de las cantidades de costos compartidos en la sección de Programa de Beneficios de este contrato que se aplica a los beneficios de los cuidados de salud en el hogar.

También cubrimos el uso dentro del hospital de leche materna pasteurizada proveniente de una donante que puede incluir compuestos fortalecientes considerados ser médicamente necesarios, para lo cual un profesional de la salud ha prescrito para un bebé que no puede recibir leche de la madre, porque la madre no puede participar en la alimentación de pecho o es incapaz física o médicamente de producir leche materna en lo absoluto o su producción es de reducidas cantidades a pesar de recibir un apoyo máximo para la lactancia. Esos lactantes deben tener un peso corporal registrado al nacimiento de menos de mil quinientos gramos o padecer una condición que los sitúa en un alto riesgo para el desarrollo de una enterocolitis necrosante.

E. Cuidados de salud para el paciente hospitalizado por una mastectomía

Nosotros cubriremos los servicios para el paciente hospitalizado en aquellos suscriptores que se someten a una disección de nódulos linfáticos, una extirpación de tumor, una mastectomía total o parcial para el tratamiento de cáncer de la mama y para cualquier complicación física proveniente de la mastectomía, incluyendo linfedema, y por el periodo de tiempo que se determine por usted o por su doctor como un periodo médicamente necesario.

F. Servicios de banco de sangre autóloga

Nosotros cubriremos los servicios de bancos de sangre autóloga solamente cuando sean provistos en conexión con un procedimiento programado para un paciente con cobertura para el tratamiento la enfermedad o la lesión. En tales casos nosotros cubriremos los costos por el almacenamiento por un período razonable de tiempo y que sea apropiado para tener la sangre disponible cuando se necesite.

G. Servicios de habilitación

Nosotros cubriremos los servicios de habilitación que consisten en terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional por 60 días por año del plan. El límite de visitas se aplica a todas las terapias combinadas.

H. Servicios de rehabilitación

Nosotros cubriremos los servicios de rehabilitación que consisten en terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional por 60 días por año del plan. El límite de visitas se aplica a todas las terapias combinadas.

Nosotros cubrimos las terapias físicas y del habla solamente cuando:

1. Tales terapias se relacionan al tratamiento o diagnóstico de su enfermedad o lesión;
2. La terapia es ordenada por un doctor; y
3. Usted ha sido hospitalizado o ha tenido cirugía para esa enfermedad o lesión.

Los servicios cubiertos de rehabilitación deben iniciarse dentro de los primeros seis (6) meses a más tardar de lo siguiente:

1. De la fecha de la lesión o enfermedad que causó la necesidad para la terapia;
2. De la fecha cuando usted fue dado de alta del hospital en donde la cirugía o tratamiento tuvo lugar; o
3. De la fecha en que los cuidados de cirugía para paciente ambulatorio tuvo lugar.

I. Institución con enfermería especializada

Nosotros cubrimos los servicios provistos en una institución de enfermería especializada, incluyendo cuidados y tratamientos en un cuarto semi-privado como se describe en “Servicios de hospital” arriba anotado. No se cubren servicios de custodios y de convalecencia o domiciliarios, (consulte la sección de Exclusiones y limitaciones) en este contrato. Una admisión a una institución de enfermería especializada debe apoyar al plan de tratamiento preparado por su proveedor y aprobado por nosotros. Nosotros cubriremos hasta 200 días por año del plan por concepto de cuidados sin custodios.

J. Cuidados al término de vida

Si usted es diagnosticado con un cáncer avanzado y tiene menos de 60 días de vida, nosotros cubriremos los cuidados agudos provistos por una institución con licencia de acuerdo al artículo 28 para una institución de Cuidados agudos que se especialice en pacientes terminales. Su doctor de cabecera y el director de la institución médica deben estar de acuerdo en que su tratamiento en esa institución será dado a usted en forma apropiada. Si nosotros no estamos de acuerdo que usted ingrese a esa institución, tenemos el derecho de iniciar una apelación con un agente externo de apelaciones. Nosotros cubriremos y reembolsaremos a la institución por los cuidados que sean otorgados a usted, sujetos a las limitaciones aplicables al caso, de acuerdo con este contrato hasta que el agente externo de apelaciones tome una decisión en nuestro favor.

Nosotros reembolsaremos a los proveedores no participantes por estos cuidados del término de vida como sigue:

1. Los reembolsaremos de acuerdo al pago de los costos que se han negociado entre nosotros y el proveedor.
2. Si no se ha negociado ninguna cantidad, nosotros reembolsaremos a la institución de cuidados agudos, de acuerdo a las tarifas actuales de cuidados agudos para Medicare.
3. Si hay un nivel alterno de cuidados, nosotros reembolsaremos el 75% de las tarifas apropiadas para los cuidados agudos por Medicare.

K. Limitaciones/Términos de cobertura

1. Cuando usted está recibiendo cuidados como paciente hospitalizado en una institución, nosotros no cubriremos cargos adicionales por guardias especiales de enfermeras, cargos por cuartos privados (a menos que un cuarto privado sea médicamente necesario), o por medicamentos y suministros que usted se lleve de la institución a su hogar. Si usted ocupa un cuarto privado y el cuarto privado no es médicamente necesario, nuestra cobertura se basará en el costo máximo de un cuarto semi-privado y el costo del cuarto privado y usted cubrirá la diferencia entre esos dos costos.
2. Nosotros no cubrimos los gastos por el servicio de radio, teléfono o televisión o por servicios de salón de belleza o peluquería.

-
3. Nosotros no cubriremos ningunos cargos en que usted incurra después del día en que le notifiemos que ya no es médicamente necesario que usted reciba cuidados de salud como paciente internado a menos que nuestra negación sea invalidada por un agente externo de apelaciones.

Sección XII

Servicios para la salud mental y el uso de sustancias

Por favor consulte la sección de Programa de Beneficios en este contrato para conocer los requerimientos de los costos compartidos, los límites a los días o a las visitas y los requerimientos para las autorizaciones previas o referencias que se aplican a esos beneficios, los cuales no son más restrictivos que aquellas que se aplican a los beneficios médicos y quirúrgicos de acuerdo con el Acta Federal de Salud Mental y Equidad en Adicción de 2008.

A. Servicios para los cuidados de la salud mental

Nosotros cubrimos los siguientes servicios de atención de salud mental para tratar una afección de salud mental. Para los fines de este beneficio, el término “condición de salud mental” significa cualquier trastorno de salud mental tal y como se define en la edición más reciente del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales.

1. **Servicios para pacientes hospitalizados.** Nosotros cubriremos servicios para la salud mental en pacientes hospitalizados cuando estos servicios se relacionen al diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud mental comparables a otras coberturas similares de hospital, médicas y quirúrgicas dentro de este contrato. La cobertura para los servicios de pacientes hospitalizados con cuidados de salud mental está limitada a instituciones definidas por la sección 1.03(10) de la ley de Higiene Mental del Estado de New York, como:
 - Un centro psiquiátrico o un paciente hospitalizado en una institución bajo la jurisdicción de la Oficina de Salud Mental del Estado de New York
 - Una institución para hospitalización de pacientes psiquiátricos operada por el gobierno local o estatal
 - Una sección de un hospital que provea servicios para la salud mental, con un certificado de operación expedido por el Comisionado de Salud Mental del Estado de New York
 - Un programa psiquiátrico integral de emergencia u otra institución que provea cuidados para la salud mental que tenga un certificado expedido por el Comisionado de Salud Mental del Estado de New York; y en otros estados, instituciones con certificados o licencias similares. En ausencia de una instalación autorizada o certificada de manera similar, la instalación debe estar acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros.

Nosotros también cubrimos cuidados para la salud mental relativos la diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud mental recibidos en instituciones que proveen tratamientos en residencia; se cubren los gastos de alojamiento y comidas. La cobertura para los servicios del tratamiento residencial se limitan a Instalaciones definidas en la Sección 1.03 de la Ley de Higiene Mental de New York y a las instalaciones de tratamiento residencial, las cuáles son parte de un centro para cuidados de salud completos para desórdenes de la alimentación, de acuerdo a lo expresado en el Artículo 30 de la Ley de Higiene Mental del Estado de New York y que tienen una licencia o están certificados para ese mismo nivel de tratamiento. En ausencia de una instalación autorizada o certificada que proporcione el mismo nivel de tratamiento, la instalación debe estar acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros.

2. **Servicios para pacientes ambulatorios.** Nosotros cubrimos servicios para la salud mental, incluyendo pero no limitados a servicios de un programa de hospitalización parcial y un programa de servicios intensivos para pacientes ambulatorios, relacionados al diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud mental. La cobertura para servicios de salud mental para pacientes ambulatorios incluye instituciones a las cuáles se les ha otorgado un certificado de operaciones de acuerdo al artículo 31 de la Ley de Higiene Mental del Estado de New York y en otros estados, una licencia o certificados para instituciones similares; y servicios provistos por un psicólogo o psiquiatra con licencia; un trabajador social con licencia, que tenga por lo menos tres (3) años de experiencia adicional en psicoterapia; una enfermera practicante con licencia; un consejero de salud mental con licencia; un consejero matrimonial y familiar con licencia; un psicoanalista con licencia; o una corporación profesional o una práctica en una facultad de una universidad que opera en la misma forma. En ausencia de una instalación autorizada o certificada de manera similar, la instalación debe estar acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros.
3. **Limitaciones/Términos de cobertura.** Nosotros no cubrimos:
 - Beneficios o servicios considerados ser cosméticos en naturaleza, asumiendo que con el cambio o mejoramiento de la apariencia de un individuo, hay justificación para solventar sus necesidades de salud mental;
 - Beneficios de salud mental para individuos que se encuentren encarcelados, confinados o internados en instituciones correccionales o en prisiones; o
 - Servicios solamente porque han sido ordenados por la corte.

B. Servicios por el uso de sustancias

Nosotros cubrimos los siguientes servicios para dar un tratamiento para el uso de sustancias. Para los propósitos de este beneficio, el término “trastorno por el uso de sustancias” significa cualquier trastorno devenido por el uso de sustancias tal como se define en la edición más reciente del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales.

-
- 1. Servicios para pacientes hospitalizados.** Nosotros cubrimos servicios por el uso de sustancias para pacientes hospitalizados, relacionados al diagnóstico y tratamientos de desórdenes por el uso de sustancias. Esto incluye cobertura para la desintoxicación y rehabilitación de desórdenes por el uso de sustancias. Los servicios para pacientes hospitalizados por el uso de sustancias están limitados a instituciones en el Estado de New York que están licenciadas, certificadas o autorizadas de otra manera por la Oficina de Servicios para el Alcoholismo y el Uso de Sustancias (“OASAS”); y en otros estados, por aquellas instituciones que están licenciadas, certificadas o autorizadas de otra manera por agencias estatales similares y acreditadas por la Comisión Conjunta o una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros de los programas para el tratamiento del alcoholismo, el uso de sustancias o la dependencia química.

Nosotros también cubrimos los servicios para el uso de sustancias relacionados a diagnóstico y tratamiento de desórdenes por el uso de sustancias que se provee en instituciones que ofrecen tratamiento residencial, incluyendo alojamiento y comidas. La cobertura para servicios de tratamiento residencial se limita a instituciones que están licenciadas, certificadas o autorizadas de otra manera por OASAS; y, en otros estados, en aquellas instituciones que están licenciadas, certificadas o autorizadas de otra manera por agencias estatales similares y han sido acreditadas por la Comisión Conjunta o una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros como programas para el tratamiento al mismo nivel para el alcoholismo, el uso de sustancias o dependencias químicas.

- 2. Servicios para pacientes ambulatorios.** Nosotros cubrimos servicios de uso de sustancias para pacientes ambulatorios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, incluidos, entre otros, los servicios del programa de hospitalización parcial, los servicios intensivos del programa para pacientes ambulatorios, programas de tratamiento con opioides, incluyendo los servicios de apoyo con personas en similares circunstancias, el asesoramiento y el tratamiento asistido por medicamentos. Esta cobertura se limita a instituciones en el Estado de New York que están certificadas, licenciadas o autorizadas de otra manera por OASAS como programas para el uso de sustancias en clínicas para pacientes ambulatorios o médicamente supervisados, y en otros estados, en aquellos sitios que están licenciados, certificados o autorizados por otra manera por una agencia estatal similar y acreditadas por la Comisión Conjunta o una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros como programas para el tratamiento del alcoholismo, el uso de sustancias o la dependencia química. La cobertura se encuentra también disponible en oficinas profesionales con el entorno necesario para ofrecer los servicios a pacientes ambulatorios para el tratamiento de los desórdenes por el uso de sustancias que son relativos a diagnosis y tratamiento del alcoholismo, el uso y dependencias de sustancias o por doctores a los que se les ha dispensado la exención de acuerdo al Acta Federal para el Tratamiento de la Drogadicción del año 2000 para prescribir medicamentos de la categoría III, IV and V, narcóticos, para el tratamiento de la adicción a los opioides durante las fases agudas en las etapas de rehabilitación.

Sección XIII

Cobertura de medicamentos prescritos

Por favor consulte la sección de Programa de Beneficios en este contrato, para conocer los requerimientos de los costos compartidos, los límites a los días o a las visitas y los requerimientos para las autorizaciones previas o referencias que se aplican a esos beneficios.

A. Cobertura de medicamentos prescritos

Nosotros cubrimos medicamentos de receta que son médicamente necesarios, excepto cuando se especifique lo contrario, y que pueden ser dispensado solamente cuando están de acuerdo a la receta y sean:

- Requeridos por la ley que muestren la siguiente información: “Precaución — La ley Federal prohíbe que este medicamento se surta sin una receta”;
- Aprobados por la FDA;
- Ordenados por un proveedor autorizado para prescribir y que el alcance de la práctica del proveedor cubra dicha prescripción;
- Prescritos con la aprobación de la administración y dosificación de la FDA; y
- Surtidos por una farmacia autorizada.

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

- Medicamentos prescritos auto-inyectables/administrados
- Inhalantes con (espaciadores)
- Preparaciones tópicas dentales
- Vitaminas pre-natales, vitaminas con fluoruro y vitaminas individuales
- Medicamentos y aparatos para la osteoporosis aprobados por la FDA o sus equivalentes genéricos aprobados como substitutos para el tratamiento de la osteoporosis y consistentes con el criterio del programa federal de Medicare o por el Instituto Nacional de Salud
- Formulas de nutrición para el tratamiento de fenilcetonuria, cadenas de cetonurias, galactosemia y homocistinuria
- Formulas enterales con o sin receta para uso en el hogar, ya sea que se administren oralmente o por vía de una sonda gástrica, por las cuales un doctor u otro proveedor ha escrito una prescripción. La prescripción debe declarar que la fórmula es médicamente necesaria y que se ha comprobado que es efectiva como un régimen de tratamiento. Las enfermedades y trastornos específicos incluyen pero no están limitados a: enfermedades hereditarias de los aminoácidos o metabolismo de los ácidos orgánicos; enfermedad de Crohn; reflujo gastroesofágico; motilidad gastroesofágica como la pseudo obstrucción intestinal crónica; y múltiples y severas alergias a la comida. Las alergias alimenticias múltiples incluyen, pero no se limitan a: alergias mediadas por la inmunoglobulina E y la no inmunoglobulina E, a múltiples

proteínas alimenticias; al síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimenticias graves; a trastornos eosinófilos y absorción deficiente de nutrientes causada por trastornos que afectan la superficie de absorción, a la función, la longitud y la motilidad del tracto gastrointestinal.

- Productos de comida sólida modificados que son bajos en proteínas, contienen proteínas modificadas o están basadas en aminoácidos o que contienen proteína modificada para tratar ciertas enfermedades hereditarias de los aminoácidos y del metabolismo de los ácidos orgánicos y condiciones alérgicas a proteínas severas
- Medicamentos de receta prescritos en conjunto con tratamiento o servicios cubiertos bajo el beneficio de los tratamientos para la infertilidad en la sección de Servicios para el paciente ambulante y servicios profesionales en este contrato
- Medicamentos sin nombre para el cáncer, mientras que el medicamento sea reconocido como un tratamiento específico para ese tipo de cáncer y que ha sido prescrito por uno (1) de los siguientes compendios de referencia: El American Hospital Formulary Service-Drug Information; National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium; Thomson Micromedex DrugDex; Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology; u otros compendios autorizados por los Servicios Federales de la Secretaria de Salud y Servicios Humanos o por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; o recomendado en la revisión de artículos o comentarios editoriales en las revistas profesionales más importantes.
- Administración oral de medicamentos anti-cancerosos empleados para destruir o retardar el crecimiento de las células cancerosas
- Medicamentos para dejar de fumar, incluyendo aquellos que se obtienen en venta libre para los cuáles hay una orden como medicamento de prescripción de parte del proveedor
- Medicamentos preventivos recetados, incluyendo los medicamentos de venta libre para los cuales existe una prescripción por escrito, proporcionados de acuerdo con las guías completas respaldadas por la administración de recursos y servicios de salud ("HRSA") o que tienen una "A" o "B" calificación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos ("USPSTF")
- Medicamentos de receta prescritos para el tratamiento de la salud mental y para los desórdenes por el uso de sustancias, incluyendo medicamentos para la detoxificación mantenimiento y reversión de sobredosis del medicamento
- Medicamentos anticonceptivos, dispositivos y otros productos, incluyendo medicamentos anticonceptivos de venta libre, dispositivos y otros productos, aprobados por la FDA y según lo prescrito o autorizado de otra manera según la ley estatal o federal. "Productos anticonceptivos de venta libre" se refiere a los productos que se provean en guías integrales respaldadas por HRSA. La cobertura también incluye la anticoncepción de emergencia cuando se proporciona de conformidad con una receta u orden o cuando se proporciona legalmente sin receta. Puede solicitar la cobertura para una versión alternativa de un medicamento anticonceptivo, dispositivo y otro producto si el medicamento anticonceptivo cubierto, dispositivo y otro producto no están disponibles o se considera que médicamente no deben ser recomendados, según lo determine su proveedor de atención médica.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Usted puede solicitar una copia de nuestro formulario. Nuestro formulario también se encuentra disponible en internet en myuhc.com/CommunityPlan. Usted también puede preguntar si un medicamento específico se encuentra dentro de este contrato, llamándonos al **1-866-265-1893**, TTY **711**.

B. Resurtidos

Nosotros cubrimos resurtidos de los medicamentos prescritos solamente si son surtidos en farmacias dentro de la red, al menudeo o de especialidades, o por una orden de correo si son ordenadas por un proveedor autorizado y solamente si el 85% (en menudeo) y el 75% (en farmacias de especialidad y en ordenes por correo) del medicamento prescrito original se han empleado. Los beneficios de resurtidos no serán provistos más allá de un (1) año a partir de la fecha de la receta original. Para las prescripciones de gotas para los ojos, nosotros permitimos un resurtido limitado de la prescripción hasta antes del último día del período aprobado de la dosis, sin importar ninguna de las restricciones acerca de los resurtidos anteriores para la renovación hasta donde sea práctico, la cantidad de gotas para los ojos en cada uno de los resurtidos anteriores estará limitada a la cantidad del medicamento que queda de la dosis inicialmente dispensada. Su costo compartido para los resurtidos es la cantidad que se aplica a cada una de las prescripciones o resurtidos tal y como se estipula en la sección de Programa de Beneficios de este contrato.

C. Información de beneficios y pagos

1. **Gastos de costos compartidos.** Usted es responsable por el pago de los costos descritos en la sección de Programa de Beneficios de este contrato cuando los medicamentos prescritos que son cubiertos se obtienen de una farmacia de la red, (farmacia al menudeo, de especialidad o por una orden por correo).

Usted tiene tres (3) modalidades de nivel en el plan, lo que significa que los pagos personales que usted hace generalmente serán los más bajos por medicamentos de prescripción en el nivel 1 y los más altos por medicamentos de prescripción en el nivel 3. Sus gastos personales por los medicamentos en el nivel 2 generalmente serán más que los del nivel 1 pero menos que los del nivel 3.

Usted es responsable por el pago del costo total (la cantidad que la farmacia le cobra) por medicamentos de receta que no tienen cobertura y nuestras tarifas de contrato (nuestro costo por medicamentos de receta) no se encuentran disponibles para usted.

2. **Farmacias participantes.** Para la compra de medicamentos prescritos en una farmacia de nuestra red (de menudeo o de especialidad o por una orden por correo) o de una farmacia participante, usted es responsable por el pago más bajo de:
 - El costo compartido que se aplique; o
 - El costo usual y común (que incluye un pago por dispensar el medicamento y los impuestos de venta que sean aplicables) por el medicamento recetado. Sus costos compartidos nunca excederán el costo usual y común del medicamento prescrito.

3. **Farmacias no participantes.** Nosotros no pagaremos por ningún medicamento que usted haya obtenido de una farmacia que no sea participante, ya sea farmacia al menudeo, de especialidad o de una orden por correo.

4. **Farmacias designadas.** Si usted requiere de un medicamento de receta, incluyendo pero no limitado a medicamentos de receta especiales, nosotros podemos referirlo a una farmacia designada con la cual tenemos arreglos para proveer ese tipo de medicamentos de receta.

Generalmente los medicamentos de receta especiales son medicamentos para tratar una población limitada de pacientes o de condiciones; pueden ser orales, para infusiones y pueden requerir un monitoreo especial por el proveedor; o pueden ser en cantidades limitadas, con surtido y envío de requerimientos especiales y/o requieren de ayuda adicional para el paciente.

Si usted es referido a una farmacia designada y usted decide no obtener ese medicamento prescrito de una farmacia designada, usted no tendrá cobertura para ese medicamento de receta.

A continuación se anotan algunos de las principales clases terapéuticas de medicamentos de receta especiales que se incluyen en este programa:

- Anemia, neutropenia, trombocitopenia
- Enfermedad de Crohn
- Fibrosis quística
- Desórdenes endocrinos/desórdenes neurológicos, tales como espasmos infantiles
- Deficiencias enzimáticas/desórdenes de los depósitos liposomales
- Enfermedad de Gaucher
- Hormonas del crecimiento
- Hemofilia
- Hepatitis B, hepatitis C
- Angiodema hereditario
- Deficiencia inmunitaria
- Modulador inmunitario
- Infertilidad
- Sobrecarga de hierro
- Esclerosis múltiple
- Oncología oral
- Osteoartritis
- Hipertensión pulmonar arterial
- Reumatología y condiciones relacionadas (artritis reumatoide, artritis psoriática, Espondilitis anquilosante, artritis reumatoide juvenil, psoriasis)
- Trasplantes
- Prevención del Virus Respiratorio Sincitial – RSV

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

5. **Orden por correo.** Ciertos medicamentos pueden ser ordenados por correo a una de nuestras farmacias. Usted es responsable por el pago más bajo de:

- El costo compartido aplicable; o
- El costo del medicamento de receta por ese medicamento prescrito. (Su costo compartido nunca deberá exceder el costo usual and común por el medicamento prescrito.)

Para obtener el máximo beneficio de una orden por correo, pida a su doctor que escriba su receta o la orden para resurtir el medicamento por una cantidad para 90 días, con resurtidos cuando sea apropiado cada 30 días y con un máximo de tres veces (y no hacerlo con 3 resurtidos de 30 días cada uno). A usted se le cobrará el envío por correo de los costos compartidos por cualquier medicamento ordenado o por resurtidos enviados por correo por un proveedor, sin importar el número de días escrito para el suplemento en la receta o en la orden de resurtido.

Los medicamentos prescritos que se compran a través de una orden de correo se enviarán directamente a la dirección que usted haya indicado.

Usted o su proveedor pueden obtener una copia de la lista de los medicamentos de receta disponibles a través de órdenes por correo visitando nuestro sitio en internet **myuhc.com/CommunityPlan** o llamando al **1-866-265-1893**, TTY **711**. La lista de medicamentos de mantenimiento se actualiza periódicamente. Visite nuestro sitio en internet en **myuhc.com/CommunityPlan** o llame al **1-866-265-1893** para encontrar si un medicamento de receta en particular se encuentra en la lista.

6. **Estado del nivel.** El estado del nivel de un medicamento de receta puede cambiar periódicamente, pero no más de cuatro (4) veces por año del plan, o cuando un medicamento de marca esté disponible como medicamento genérico como se describe a continuación, según nuestras decisiones de niveles. Estos cambios pueden ocurrir sin previa notificación para usted. Sin embargo, si usted tiene una prescripción para un medicamento que se ha movido a un nivel más alto o está siendo eliminado de nuestro Formulario, le notificaremos al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Cuando tales cambios ocurran, su costo compartido puede cambiar. También puede solicitar una excepción al Formulario para un medicamento con receta que ya no figura en el Formulario como se describe a continuación y en la sección de Apelaciones externas de este Contrato. Usted puede tener acceso al estado de nivel actualizado en nuestro sitio en internet **myuhc.com/CommunityPlan** o llamando al **1-866-265-1893**, TTY **711**.

7. **Cuando un medicamento de marca se encuentra disponible como un medicamento genérico.** Cuando un medicamento de marca se vuelve disponible como un medicamento genérico, el nivel del medicamento de marca puede cambiar. Si esto sucede, usted pagará el costo compartido aplicable al nivel al cual el medicamento prescrito ha sido asignado. Por favor note que si usted está tomando el medicamento de marca que se encuentra excluido o colocado en un nivel superior debido a la disponibilidad del medicamento genérico, recibirá notificación por escrito con aviso de 30 días de la exclusión del medicamento de marca antes de que sea efectivo. Usted ya no tendrá beneficios para este medicamento de marca en particular. Si la cobertura es negada, usted tiene derecho a presentar una apelación como se detalla en las secciones de Revisión de Utilización y de Apelaciones externas en este contrato.

Puede solicitar una excepción al Formulario para un medicamento con receta que ya no figura en el formulario como se describe a continuación y en la sección de Apelaciones externas de este Contrato.

8. **Proceso de exclusión en el formulario.** Si un medicamento no está dentro de nuestro formulario, usted o la persona que usted nombra como su representante o su profesional de los cuidados de salud que prescribió el medicamento puedan solicitar por escrito, electrónicamente o por teléfono que se haga una excepción al formulario para un medicamento de receta que sea clínicamente apropiado. Esta petición debe incluir una declaración de su profesional para los cuidados de salud mencionando a todos los medicamentos que son o que nunca fueron tan efectivos como el medicamento que no se incluye en el formulario y que no tiene ningún efecto adverso. Si la cobertura se niega de acuerdo a nuestros estándares o al proceso acelerado del formulario, usted tiene derecho a una apelación externa tal y como se describe en la sección de Apelaciones externas en este contrato. Visite nuestro sitio en internet **myuhc.com/CommunityPlan** o llame al **1-866-265-1893**, TTY **711** para conocer más acerca de este proceso.

Revisión estándar para una excepción en el formulario. Nosotros tomaremos una decisión y le notificaremos por teléfono y en escrito a usted o a la persona designada por usted y a su profesional de los cuidados de salud no más tarde de 72 horas después de recibir su solicitud. Si aprobamos su solicitud, nosotros cubriremos el medicamento prescrito, mientras usted continúa tomando el medicamento prescrito, incluyendo los resurtidos.

Revisión acelerada para la excepción en el formulario. Si usted está padeciendo de una condición de salud que puede poner en serio peligro su salud, su vida o la habilidad de poder obtener de nuevo sus máximas funciones o si usted se encuentra actualmente bajo tratamiento empleando un medicamento de receta que no se encuentra en el formulario, usted puede solicitar una revisión acelerada para llevar a cabo una excepción en el formulario. La solicitud debe incluir una declaración de su profesional para los cuidados de salud, declarando que es razonable esperar usted pueda sufrir daños si el medicamento no se provee dentro de los límites de tiempo del proceso estándar de excepción en el formulario. Nosotros tomaremos una decisión y le notificaremos por teléfono y en escrito a usted o su profesional de los cuidados de salud en no más de 24 horas después de haber recibido su petición. Si no aprobamos esta petición, nosotros cubriremos el medicamento prescrito por el tiempo en que usted esté afectado por la condición que puede poner en serio peligro su salud, su vida o la habilidad para obtener de nuevo su máximas funciones o por la duración del tratamiento en curso que usted lleva, empleando el medicamento de receta que no figura en el formulario.

9. **Límites de los suministros.** Excepto por medicamentos, dispositivos o productos anticonceptivos, nosotros pagaremos por no más de 30 días el suministro de un medicamento de receta adquirido en una farmacia participante con nuestra red. Usted es responsable por un (1) pago de costos compartidos; por un suministro para 30 días.

Es posible que le suministren el suministro completo (hasta por 12 meses) de un medicamento anticonceptivo, dispositivo o producto recetado al mismo tiempo. Los medicamentos, dispositivos o productos anticonceptivos no están sujetos a costos compartidos cuando son provistos por una farmacia participante.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Se proveerán beneficios por medicamentos de receta dispensados por una orden por correo en cantidades hasta por 90 días. Usted es responsable por una cantidad de 2 y media (2.5) veces del costo compartido por un suministro de 90 días.

Medicamentos de receta especiales se limitan a suministros de 30 días. Usted puede acudir a nuestro sitio en internet myuhc.com/CommunityPlan o llamando al **1-866-265-1893**, TTY **711**, para obtener información acerca de los límites para medicamentos de receta especiales.

Algunos medicamentos de receta pueden estar sujetos a cantidades limitadas basándose en el criterio que nosotros hemos desarrollado, que es sujeto a revisiones y modificaciones periódicas. El límite puede restringir la cantidad que se dispensa por la orden prescrita o por su resurtido y/o la cantidad dispensada como suministros mensuales. Usted puede determinar si al medicamento con receta se le ha asignado un máximo nivel de cantidad para que se le dispense, acudiendo a nuestro sitio en internet myuhc.com/CommunityPlan o llamando al **1-866-265-1893**, TTY **711**. Si nosotros negamos su solicitud para cubrir una cantidad que excede nuestros niveles de cantidad en que puede ser dispensada, usted tiene el derecho de presentar una apelación relacionada a las secciones de Revisión de utilización y Apelaciones externas en este contrato.

- 10. Suministro inicial limitado de opioides con receta.** Si usted recibe una prescripción inicial limitada para siete (7) días o menos de un medicamento opioide de la clase II, III, o IV, prescrito para controlar el dolor, y tiene un copago, este copago será prorrateado. Si usted recibe un suministro adicional de un medicamento de receta dentro del periodo de 30 días durante el cual usted recibió un suministro para siete (7) días, su copago por el remanente de los 30 días también será prorrateado. Bajo ninguna circunstancia su copago será prorrateado por más de lo que es el copago por un suministro de 30 días.
- 11. Costos compartido para los medicamentos contra el cáncer administrados oralmente.** Su costo compartido para los medicamentos contra el cáncer administrados oralmente es la menor cantidad aplicable para medicamentos de receta que se especifican en la sección de Programa de Beneficios en este contrato o la cantidad de costos compartidos, si hay alguna, que se aplique a agentes para la quimioterapia cubiertos bajo la sección de Servicios para pacientes ambulatorios y profesionales, en este contrato.

D. Administración médica

Este contrato incluye ciertas características descritas abajo, empleadas para determinar cuándo un medicamento de receta debe ser cubierto. Como parte de esas características a su proveedor, quien prescribió el medicamento, se le pueden pedir que ofrezca más detalles antes que nosotros decidamos si ese medicamento prescrito es medicamento necesario.

- 1. Autorización previa.** Una autorización previa puede necesitarse para medicamentos de receta para asegurar que se emplean correctamente y que se siguen las recomendaciones para su uso en forma correcta. Cuando se considere apropiado, su proveedor será responsable para obtener la autorización previa para el medicamento prescrito. Si usted escoge adquirir el medicamento de receta sin obtener la autorización previa, usted deberá pagar el costo total del medicamento prescrito y mandarnos una reclamación para ser reembolsado. No se requiere

autorización previa para los medicamentos cubiertos para tratar el trastorno por uso de sustancias, incluidos los medicamentos de reversión de sobredosis de opioides recetados o dispensados a usted.

Para obtener una lista completa de los medicamentos prescritos que necesitan de una autorización previa, por favor visite nuestro sitio en internet en **myuhc.com/CommunityPlan** o llame al **1-866-265-1893**. Esta lista será actualizada periódicamente. Nosotros también reservamos el derecho de requerir una autorización previa para cada nuevo medicamento de receta en el mercado o para el medicamento de receta que se encuentre disponible y que es sometido a un cambio de protocolos y/o indicaciones, independientemente de la clasificación terapéutica, incluyendo si el medicamento de receta o el artículo relacionado no se encuentra cubierto dentro de su contrato. Su proveedor puede preguntarnos para conocer cuáles medicamentos con receta se encuentran cubiertos.

2. **Terapia escalonada.** La terapia escalonada es un proceso en el cual usted puede necesitar usar uno o más tipos de medicamentos de receta antes de que nosotros demos cobertura a otro medicamento por ser un medicamento necesario. Nosotros revisaremos ciertos medicamentos de receta para asegurarnos las recomendaciones correctas son empleadas. Estas recomendaciones le ayudan a usted a obtener medicamentos de receta de alta calidad con un costo eficiente. Los medicamentos de receta que requieren de una autorización previa dentro del programa de terapia escalonada también se incluyen en la lista de medicamentos de autorización previa. Si la cobertura se niega, usted tiene el derecho de presentar una apelación tal y como se describe en las secciones de este contrato “Revisión de Utilización y Apelaciones Externas”.

E. Limitaciones/términos de cobertura

1. Nosotros nos reservamos el derecho de limitar las cantidades, los suministros diarios, el acceso a los resurtidos antes de la fecha y/o la duración de la terapia para ciertos medicamentos basados en su necesidad médica, incluyendo estándares médicos aceptables y/o las recomendaciones para su uso por la FDA.
2. Si nosotros determinamos que usted estará usando un medicamento de receta en una manera que se considere ser un abuso o con una frecuencia que puede dañarle, su selección para las farmacias participantes y proveedores que prescriben puede limitarse. Si esto sucede, nosotros podemos requerir que usted seleccione una farmacia única y un proveedor único que le proveerán y coordinarán todos sus futuros servicios de farmacia. Los beneficios serán pagados solamente si usted usa la farmacia única seleccionada. Los beneficios solamente se pagarán si sus pedidos o resurtidos de medicamentos recetados son expedidos por el proveedor seleccionado o por un proveedor autorizado por su proveedor seleccionado. Si usted no hace una selección dentro de 31 días a partir de la fecha en que le informamos, nosotros seleccionaremos una farmacia participante y/o proveedor participante que prescribe para usted.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

3. Los medicamentos de receta compuestos serán cubiertos únicamente cuando ellos contengan por lo menos un (1) ingrediente y que el ingrediente primario sea un medicamento de receta compuesto de nombre que se obtenga de un fabricante y se adquiera en una farmacia que tenga aprobación para dispensar medicamentos compuestos. Todos los medicamentos de receta compuestos de más de \$100 requerirán de una autorización previa para un medicamento de receta compuesto. Los medicamentos de receta compuestos se encuentran en la clasificación 2 y 3.
4. Varios protocolos específicos o generalizados para el “manejo del uso” se emplearán de vez en cuando para poder asegurar la utilización de los medicamentos apropiados. Tales protocolos serán consistentes con las regulaciones estándar de las guías para los tratamientos médicos y de medicamentos. La meta principal de los protocolos es la de proveer a nuestros miembros con un beneficio de medicamentos de receta enfocado en la calidad. En el evento que se implemente el uso de un protocolo de manejo y usted está tomando los medicamentos afectados por dicho protocolo, a usted se le notificará por adelantado.
5. Medicamentos inyectables (además de los medicamentos que son auto-administrados), insulina, hipoglucémicos orales y suministros y equipo para la diabetes no están cubiertos dentro de esta sección pero están cubiertos en otras secciones de este contrato.
6. Nosotros no cubrimos los cargos por la administración o inyección de cualquier medicamento de receta. Los medicamentos de receta brindados o administrados en el consultorio de un doctor están cubiertos bajo la sección de Servicios Profesionales y para el paciente ambulatorio en este contrato.
7. Nosotros no cubrimos medicamentos que de acuerdo a la ley no requieren de una receta, excepto para aquellos medicamentos empleados para dejar de fumar, medicamentos preventivos de venta libre o aparatos que son provistos de acuerdo a las guías completas que respalda HRSA o con la clasificación “A” o “B” de USPSTF, o cuando son ofrecidas dentro de este contrato. Nosotros no cubrimos medicamentos de receta que tengan una equivalencia en medicamentos de venta libre que no requieran de receta, excepto si son específicamente designados como medicamentos cubiertos en el formulario de medicamentos, o establecidos como tales en este contrato. Los medicamentos de venta libre son medicamentos que se encuentran disponibles sin receta y poseen las mismas características de nombre y fórmula química que los medicamentos equivalentes de receta.
8. Nosotros no cubrimos medicamentos de receta que reemplacen aquellos que pudieran haberse extraviado o sido robados.
9. Nosotros no cubrimos medicamentos de receta que fueron dispensados a usted en el hospital, casa de reposo u otra institución o si usted es un paciente recibiendo cuidados de salud en el hogar, excepto en los casos en donde las bases de los pagos por usted o por alguien más en su favor al hospital, casa de reposo, agencia de los cuidados de salud o agencia de servicios para los cuidados de salud en el hogar u otra institución no se incluyen servicios por los medicamentos.

-
10. Nosotros nos reservamos el derecho de negar beneficios con medicamentos que no sean médicamente necesarios o por ser experimentales o de investigación para cualquier medicamento prescrito o dispensado de manera contraria a los estándares de una práctica médica. Si la cobertura es negada, usted tiene el derecho de presentar una apelación como se describe en la Revisión de Utilización y Apelaciones externas de este contrato.
 11. Una farmacia no está obligada a surtir una orden de un medicamento con receta prescrito si, en la opinión profesional del farmacéutico, el medicamento no debe surtirse.

F. Condiciones generales

Usted debe mostrar su tarjeta de identificación en la farmacia al menudeo al momento en que quiere obtener su medicamento de receta o usted debe proveerle a la farmacia su información de identificación para que pueda ser verificada por nosotros durante las horas hábiles de trabajo. Usted debe incluir su número de identificación en las formas provistas para la orden por correo con las cuales efectuará su compra.

G. Definiciones

Los términos empleados en esta sección se definen como sigue, (las definiciones de otros términos pueden encontrarse en la sección de Definiciones de este contrato).

1. **Medicamentos de marca:** Un medicamento de receta que: 1) es fabricado y vendido bajo un nombre de marca registrada o bajo el nombre específico que le da el fabricante; o 2) nosotros lo identificamos como un medicamento de receta con nombre de marca, basándonos en los recursos disponibles. Todos los medicamentos de receta identificados con un nombre de marca por el fabricante, la farmacia, o su doctor pueden no estar clasificados como un medicamento de marca por nosotros.
2. **Farmacia designada:** Una farmacia que ha entrado en un acuerdo con nosotros o con una organización que celebra un contrato en nuestro favor para proveer medicamentos de receta específicos, incluyendo pero no limitado a medicamentos de receta de especialidad. El hecho de que la farmacia sea una farmacia participante no significa que es una farmacia designada.
3. **Formulario.** La lista que identifica a esos medicamentos de receta para los cuáles pudiera haber cobertura disponible bajo este contrato. Esta lista está sujeta a revisiones y modificaciones periódicas de nuestra parte (no más de cuatro (4) veces por año calendario o cuando un medicamento de marca esté disponible como medicamento genérico). Para determinar qué nivel de cualquier medicamento de receta en particular se le ha asignado visitando nuestro sitio en internet en **myuhc.com/CommunityPlan** o llamando al **1-866-265-1893**, TTY **711**.
4. **Medicamento genérico.** Un medicamento de receta que: 1) es químicamente equivalente a un medicamento con nombre de marca; o 2) nosotros identificamos a un medicamento genérico de receta basándonos en los recursos de datos disponibles. Todos los medicamentos de receta identificados como “genéricos” por el fabricante, farmacia o por su doctor pueden no estar clasificados como genéricos por nosotros.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

5. **Farmacia no participante:** Una farmacia que no ha entrado en un acuerdo con nosotros para proveer medicamentos de receta a los suscriptores. Nosotros no haremos ningún pago por prescripciones o resurtidos originalmente surtidos por farmacias no participantes, además de las que se mencionan arriba.
6. **Farmacia participante:** Una farmacia que:
 - Ha entrado en un acuerdo con nosotros o con quien nosotros hemos designado para proveer medicamentos de receta a nuestros miembros;
 - Está de acuerdo en aceptar tasas de reembolso específico por dispensar medicamentos de receta; y
 - Ha sido designada por nosotros como una farmacia participante.Una farmacia participante puede ser una farmacia al menudeo, una farmacia de especialidades o una farmacia para órdenes por correo.
7. **Medicamentos de receta:** Un medicamento, producto o aparato que ha sido aprobado por la FDA y que puede, bajo la ley federal o estatal, dispensarse solamente después de una receta o orden para un resurtido. Un medicamento con receta incluye a un medicamento que, debido a sus características, es apropiado para ser auto-administrado o administrado por una persona que no tenga ningún entrenamiento para ello.
8. **Costo de un medicamento de receta:** La cantidad, incluyendo el costo por surtirlo y cualquier impuesto que tengan, de un medicamento de receta que se surta por una farmacia participante. Si su contrato incluye cobertura en farmacias no participantes, el precio del medicamento de receta que se surta en una farmacia no participante se calculará empleando el costo de medicamentos de receta que se aplica en particular para ese medicamento en la mayoría de farmacias participantes.
9. **Orden para una prescripción o resurtido:** La directiva para dispensar un medicamento recetado por un profesional de los cuidados de salud debidamente licenciado que está actuando dentro de los límites de su práctica.
10. **Cobro por cargos usuales y comunes:** Es el precio usual de los cargos que una farmacia le hace a individuos por un medicamento de receta sin referencia a un reembolso a la farmacia por terceras partes tal y como se requiere la sección 6826-a de la ley de Educación de New York.

Sección XIV

Beneficios para el bienestar

A. Reembolso de las instalaciones para el ejercicio

Nosotros le reembolsaremos parte de las mensualidades o pagos por su membresía en ciertas instalaciones donde usted haga ejercicio, pero solamente si esas instalaciones para el ejercicio mantengan equipo y programas que promuevan el bienestar cardiovascular. Nosotros también le reembolsaremos los pagos que usted haga por clases de ejercicio (por ejemplo, yoga, Pilates, spinning).

Membresías en clubes de tenis, clubes de campo, clínicas para la pérdida de peso, spas, u otras instalaciones similares no serán reembolsadas. Membresías de por vida no son elegibles para reembolsarse. Los reembolsos se limitan solamente a las visitas que usted haga para hacer ejercicio. **Nosotros no reembolsaremos gastos por equipo, ropa, vitaminas u otros servicios que puedan ofrecerse en esa institución (por ejemplo, masajes, etc.).**

Para poder ser elegible para esos reembolsos, usted debe:

- Ser un miembro activo en ese establecimiento para el ejercicio o atender clases en una instalación para hacer ejercicio, y
- Completar 50 visitas en un período de seis (6) meses. Usted debe completar nueve (9) visitas por mes por un total de 50 visitas en un periodo de seis (6) meses.

Para poder obtener el reembolso al final del período de seis (6) meses, usted debe presentar:

- Una forma de reembolso llenada por completo; documentación comprobando sus visitas al establecimiento. Cada vez que usted visita las instalaciones, un representante debe firmar y fechar la forma de reembolso; documentación de las visitas efectuadas.
- Una copia de la factura de pago del establecimiento que muestre el pago por su membresía; o por las clases a las que ha asistido
- Una copia del folleto que detalle los servicios acerca de los ejercicios que ese establecimiento ofrece

Una vez que nosotros recibamos la forma de reembolso debidamente llenada; la documentación de sus visitas, copias del folleto del establecimiento y la factura de sus pagos, usted será reembolsado hasta \$200 o el costo actual de su membresía por un periodo de seis (6) meses, lo que sea menor. Los reembolsos deben ser solicitados dentro de los primeros 120 días a partir del final del período de seis (6) meses. Los reembolsos se darán solamente hasta que usted haya completado el periodo de seis (6) meses aun si las 50 visitas se completan en menos tiempo.

B. Programa para el bienestar

1. Propósito

El propósito de este programa de bienestar es para animarle a que usted asuma un papel más activo en las actividades para mejorar su salud y bienestar.

2. Descripción

Nosotros le proveeremos con beneficios en conexión con el uso o participación de cualquiera de las siguientes acciones para promover las actividades para mejorar su salud y bienestar:

- Un programa con el fin de crear un incentivo para mejorar su salud y condición física

3. Elegibilidad

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

4. Participación

El método preferido para ganar acceso a los programas para el bienestar es a través de nuestro sitio en internet **myuhc.com**. Usted necesita tener acceso a una computadora que conecte con internet para poder participar en el programa de internet. Sin embargo, si usted no tiene acceso a una computadora, por favor llámenos al **1-866-265-1893**, TTY **711**, y nosotros le proveeremos con la información necesaria para poder participar sin tener acceso a internet.

5. Premios

Los premios por la participación en los programas para el bienestar incluyen:

- Un reembolso parcial por el costo de su membresía en un club para la salud o un centro para hacer ejercicio

Sección XV

Cuidados para la visión

Por favor consulte la sección de Programa de Beneficios en este contrato, los límites a los días o a las visitas y los requerimientos para las autorizaciones previas o referencias que se aplican a esos beneficios.

A. Cuidados para la visión

Nosotros cubrimos cuidados de emergencia, preventivos y de rutina para la visión.

B. Exámenes la vista

Cubrimos exámenes de la vista realizados para el propósito de determinar la necesidad de lentes correctivos y, de ser necesario, para emitir una prescripción para lentes correctivos. Cubrimos un (1) examen de la vista por cada período de 12 meses, a menos que se requiera con mayor frecuencia presentando por necesidad médica con la documentación adecuada. El examen de la vista puede incluir, sin limitación:

- Historia clínica;
- Examen externo de los ojos y examen externo e interno de los ojos;
- Examen oftalmológico;
- Determinación de la condición de la refracción;
- Equilibrio binocular;
- Pruebas de tonometría para glaucoma;
- Pruebas de campo visual general y visión de color; y
- Resumen de hallazgos y recomendaciones para lentes correctivos.

C. Lentes y marcos de prescripción

Cubrimos los lentes estándares prescritos o lentes de contacto una (1) vez cada doce 12 meses por año del plan, a menos que se requiera con más frecuencia por necesidad médica según mostrada con la documentación adecuada. Los lentes prescritos pueden ser de plástico o vidrio. Si usted elige lentes no estándar, pagaremos el monto que habríamos pagado por lentes estándar y usted será responsable por la diferencia del costo entre los lentes estándar y los lentes no estándar. La diferencia en el costo no se aplica a su límite de gastos personales.

También cubrimos marcos estándares para los lentes una (1) vez cada 12 meses por año del plan, a menos que se requieran marcos con más frecuencia con la documentación adecuada. Si usted escoge marcos que no sean estándares, nosotros pagaremos por el costo de marcos estándares y usted será responsable por la diferencia entre el costo de los marcos estándares y los marcos que no son estándares. La diferencia en ese costo no se aplica en contra del límite de sus costos personales.

D. Cómo acceder a los servicios oftalmológicos

Si necesita encontrar un proveedor de la vista o cambiar su proveedor de la vista, llámenos al **1-866-265-1893**, TTY **711**, de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes.

Sección XVI

Cuidados dentales

Por favor consulte la sección de Programa de Beneficios en este contrato, los límites a los días o a las visitas y los requerimientos para las autorizaciones previas o referencias que se aplican a esos beneficios.

Nosotros cubrimos los siguientes servicios para los cuidados dentales:

A. Atención dental de emergencia

Pagaremos el tratamiento de emergencia, lo cual incluye tratamiento de emergencia para aliviar el dolor y el sufrimiento causados por una enfermedad o un traumatismo dental. Las emergencias dentales no están sujetas a una autorización previa de nuestra parte.

B. Atención dental preventiva

Cubrimos procedimientos que ayuden a prevenir la aparición de enfermedades orales, incluyendo:

- Profilaxis (limpieza y pulido de los dientes) cada seis (6) meses; dos (2) veces por año del plan

C. Atención dental de rutina

Cubrimos la atención dental de rutina proporcionada en la oficina de un dentista incluyendo:

- Exámenes dentales, visitas y consultas cubiertas una vez cada 6 meses consecutivos (cuando estén saliendo los dientes primarios); dos (2) veces por año;
- Radiografías, de toda la dentadura o radiografías panorámicas cada 36 meses, radiografías de aleta entre cada seis (6) a 12 meses, y otras radiografías según se requiera por necesidad médica;
- Procedimientos para extracciones simples y otras cirugías dentales de rutina que no requieren hospitalización, incluyendo atención preoperatoria y atención postoperatoria;
- Sedación en el consultorio; y
- Amalgama, reconstrucciones compuestas y coronas de acero inoxidable.

D. Endodoncia

Cubrimos todos los procedimientos necesarios para el tratamiento de la pulpa dental y los tratamientos de conductos afectados, en aquellos casos que no requieran hospitalización.

E. Periodoncia

Cubrimos servicios de periodoncia limitados. Cubrimos servicios de periodoncia no quirúrgicos. Cubrimos servicios quirúrgicos periodoncológicos necesarios para el tratamiento relacionado con alteraciones hormonales, terapia con medicamentos o defectos congénitos. También cubrimos los servicios de periodoncia en previsión de ortodoncia o ortodoncia cosmética que, de lo contrario, están cubiertos por este Contrato.

F. Prostodoncia

Cubrimos servicios de prostodoncia como sigue:

- Dentaduras totales o parciales, incluyendo la atención de seguimiento por seis (6) meses; y
- Servicios adicionales incluyendo el injerto de “slips”, la reparación, realineación y nuevas bases así como el tratamiento de paladares hendidos.

No cubrimos implantes ni servicios relacionados con implantes.

Los puentes fijos no están cubiertos a menos que:

- Se requieran para el reemplazo de un incisivo o colmillo anterior superior (central/lateral) en un paciente que de otro modo tiene una dentadura completa de dientes naturales, funcionales y/o reconstruidos;
- Se requieran para la estabilización del paladar hendido; o
- Se deban a la presencia de cualquier afección neurológica o fisiológica que impediría la inserción de una prótesis extraíble, demostrado con documentación médica. No cubrimos implantes ni servicios relacionados con implantes.

G. Cirugía oral

Cubrimos cirugía oral no rutinaria, como extracciones óseas parciales y completas, reimplantación de dientes, trasplante de dientes, acceso quirúrgico de un diente no erupcionado, movilización de dientes erupcionados o mal posicionados para ayudar a la erupción y colocación del dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado. También cubrimos la cirugía oral en previsión de ortodoncia u ortodoncia estética que, de lo contrario, están cubiertos por este Contrato.

H. Ortodoncia

Cubrimos procedimientos de ortodoncia que ayudan a restaurar las estructuras orales para la salud y la función, así como para tratar condiciones médicas serias tales como paladar hendido y labio leporino; micrognacia maxilar/mandibular (mandíbula superior o inferior subdesarrollados); prognatismo mandibular extremo; asimetría grave (anomalías craneofaciales); anquilosis de la articulación temporomandibular; y otras displasias esqueléticas significativas.

Los procedimientos incluyen, pero no se limitan a:

- Rápida expansión palatina (RPE);
- Colocación de los componentes (por ejemplo, soportes, bandas);
- El tratamiento interceptivo de ortodoncia;
- Tratamiento de ortodoncia integral (durante el cual los aparatos de ortodoncia se han colocado para el tratamiento activo y periódicamente ajustados);
- Terapia de aparato removible; y
- Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedores).

I. Cómo acceder a los servicios dentales

Si necesita encontrar un dentista o cambiar de dentista, llámenos al **1-866-265-1893**, TTY **711**, de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes. Los representantes de servicio al cliente están allí para ayudarlo. Muchos hablan su idioma o tienen servicios que se traducirán en cualquier idioma que necesite.

Sección XVII

Exclusiones y limitaciones

No hay cobertura disponible bajo este contrato para lo siguiente:

A. Aéreos

Nosotros no cubrimos por servicios aéreos más que aquellos para cubrir el costo de un boleto para pasajero en un vuelo programado o en un vuelo chárter operado por una aerolínea de vuelos programados.

B. Cuidados de convalecencia o de custodia

Nosotros no cubrimos servicios relacionados a las curas por descanso, cuidados de custodia o transporte. Los “cuidados de custodia” significan la ayuda en la transferencia, para la alimentación, el vestido, el bañado, asistencia para el uso de excusado y otras actividades similares. Los cuidados de custodia no incluyen los servicios cubiertos que se determinen como médicamente necesarios.

C. Terapia de conversión

No cubrimos la terapia de conversión. La terapia de conversión es cualquier práctica de un profesional de salud mental que busca cambiar la orientación sexual o identidad de género de un miembro menor de 18 años, incluidos los esfuerzos para cambiar comportamientos, expresiones de género o para eliminar o reducir las atracciones o sentimientos sexuales o románticos hacia individuos del mismo sexo. La terapia de conversión no incluye asesoramiento o terapia para una persona que está tratando de someterse a una transición de género o que está en proceso de transición de género, que proporciona aceptación, apoyo y comprensión de un individuo o la facilitación del afrontamiento de un individuo, apoyo social, y exploración y desarrollo de identidad, incluyendo intervenciones de orientación sexual neutral para prevenir o abordar conductas ilegales o prácticas sexuales inseguras, siempre que el asesoramiento o la terapia no busquen cambiar la orientación sexual o la identidad de género.

D. Servicios cosméticos

Nosotros no cubrimos servicios cosméticos, medicamentos de receta o cirugía, a menos que se especifiquen, exceptuando a la cirugía cosmética no se deberán incluir cirugías reconstructivas cuando tales procedimientos son incidentales al seguimiento o como el seguimiento de una cirugía necesaria como resultado de un trauma, infección o enfermedades de la parte afectada y cirugía reconstructiva por causas debidas a enfermedades congénitas o anomalías en un(a) niño(a) que den como resultado defectos funcionales. Nosotros cubrimos también servicios en conexión con la cirugía reconstructiva como seguimiento de una mastectomía, tal y como se estipula en otra parte dentro de este contrato. La cirugía cosmética no incluye cirugías que sean determinadas como médicamente necesarias. Si una reclamación por un procedimiento en la lista 11 NYCRR 56 (por ejemplo, ciertas cirugías plásticas y procedimientos dermatológicos) se presenta retrospectivamente y sin información médica, cualquier denegación no será sujeta a las secciones de Revisión de Utilización y Apelaciones Externas de este contrato, a menos que se acompañen por la información médica.

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

Nosotros no cubrimos cuidados o tratamientos provistos fuera de los Estados Unidos, sus territorios, Canadá o México, excepto para servicios de emergencias, servicios médicos de emergencia previos a la hospitalización y servicios de emergencia de ambulancia para dar tratamiento a su emergencia.

F. Servicios dentales

Nosotros no cubrimos servicios de ortodoncia excepto en donde se especifica tal y como se estipula en la sección de Cuidados Dentales de este contrato.

G. Tratamientos experimentales o de Investigación

Nosotros no cubrimos cualquier servicio para los cuidados de salud, procedimientos, tratamientos, aparatos o medicamentos de receta si son experimentales o de investigación. Sin embargo, nosotros cubriremos tratamientos experimentales y de investigación, incluyendo tratamientos para su enfermedad que es poco común o los costos del paciente por su participación en ensayos clínicos como se describe bajo la sección de Pacientes Ambulantes y Servicios Profesionales de este contrato, o cuando la denegación de servicios es anulada por el Agente de apelaciones externas del Estado. Sin embargo para los ensayos clínicos nosotros no cubriremos los costos de investigación para los medicamentos o aparatos, los servicios que no son para la salud requeridos para que usted reciba el tratamiento, los costos de administración de la investigación los cuales no se cubren bajo este contrato para tratamientos que no sean de investigación. Consulte las secciones de Revisión de Utilización y de Apelaciones Externas en este contrato para obtener más explicaciones acerca de sus derechos para una apelación.

H. Participación en una felonía

Nosotros no cubrimos cualquier enfermedad, tratamiento o condición médica si es debido a su participación en una felonía, revuelta o insurrección. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos relacionados a lesiones obtenidas por una víctima de violencia doméstica o por servicios que son resultados de una condición médica que usted padezca (incluyendo condiciones físicas o mentales).

I. Cuidados de los pies

Nosotros no cubrimos cuidados rutinarios de los pies en conexión con callos, pies planos, arcos caídos, pies débiles, lesiones por esfuerzos repetitivos (estrés de los pies) o dolores sintomáticos de los pies con la excepción de lo establecido en la sección XXV. Sin embargo, nosotros cubriremos los cuidados para los pies cuando usted tenga una condición médica específica o una enfermedad como resultado de una deficiencia de circulación sanguínea o áreas con una disminución en la sensibilidad de piernas o pies.

J. Instituciones gubernamentales

Nosotros no cubrimos cuidados o tratamientos provistos en un hospital que pertenece o es operado por una entidad federal, estatal o por cualquier otra entidad relacionada al gobierno, excepto cuando es ordenado por la ley, a menos de que usted ha sido llevado a ese hospital debido a la cercanía donde se localizaba cuando usted se lesionó o enfermó y donde se le dieron Servicios de emergencia para su condición de emergencia.

K. Medicamento necesario

En general, nosotros no cubrimos cualquier servicio, procedimiento, tratamiento, prueba, aparato o medicamentos de receta para los cuales hemos determinado que no son médicamente necesarios. Si un agente de apelaciones externas certificado anula nuestra denegación, cubriremos el servicio, procedimiento, tratamiento, prueba, aparato o medicamentos de receta, cuya cobertura se hace dentro de los términos de este contrato.

L. Medicare u otros programas de gobierno

Nosotros no cubrimos servicios si los beneficios para tales servicios son provistos por el programa federal de Medicare u otro programa gubernamental (excepto Medicaid).

M. Servicio militar

Nosotros no cubrimos una enfermedad, tratamiento o condición médica que se deba al servicio en las Fuerzas Armadas o unidades auxiliares.

N. Seguro de automóvil sin determinación de culpabilidad

Nosotros no cubrimos ningunos beneficios que son provistos por cualquier pérdida o porción de la misma pérdida por la cual los beneficios mandatorios de una póliza sin determinación de culpabilidad para automóvil son recuperados o pueden recuperarse. Esta exclusión se aplica aún si usted no presenta una reclamación de manera apropiada o a tiempo por los beneficios disponibles para usted bajo una póliza obligatoria sin culpabilidad.

O. Servicios no enlistados

Nosotros no cubrimos servicios que no se encuentran enlistados en este contrato como servicios cubiertos.

P. Servicios provistos por miembros de la familia

Nosotros no cubrimos servicios que son prestados por algún o varios miembros de la familia inmediata del miembro con cobertura. Como “familia inmediata” nosotros nos referimos a un hijo(a), esposa, madre, padre, hermano, hermana de usted o de su esposa.

Q. Servicios facturados por separado por los empleados del hospital

Nosotros no cubrimos servicios prestados y facturados por separado por empleados del hospital, laboratorios u otras instituciones.

R. Servicios sin cargos

Nosotros no cubrimos servicios por los cuáles normalmente no se cobra.

S. Guerra

Nosotros no cubrimos una enfermedad, tratamiento o condición médica debido a condiciones de guerra, declarada o sin declaración.

T. Compensación de los Trabajadores

Nosotros no cubrimos servicios si los beneficios se proveen bajo cualquier ley estatal o federal de la compensación a los trabajadores relacionada a los riesgos o enfermedades ocupacionales de los empleados.

Sección XVIII

Determinación de reclamaciones

A. Reclamación

Una reclamación es una solicitud para que los servicios o beneficios sean provistos o pagados de acuerdo a los términos de este contrato. Ya sea que usted o su proveedor presenten una forma de reclamación ante nosotros. Si su proveedor no está dispuesto a presentar una forma de reclamación, usted necesita hacerlo ante nosotros.

B. Notificación de reclamación

Las reclamaciones para servicios deben incluir toda la información requerida por nosotros como material necesario para el proceso de la reclamación, incluyendo pero no limitado a: número de identificación del miembro; nombre; fecha de nacimiento; fecha del servicio; el cargo para cada servicio; el código por el servicio si es aplicable; el código del diagnóstico; nombre y dirección del proveedor que hace el cargo; y records médicos que apoyan la reclamación, cuando sea necesario. Una reclamación que no contenga toda la información necesaria no será aceptada y debe ser presentada de nuevo con toda la información requerida. Las formas para una reclamación se encuentran disponibles llamando a Servicios para Miembros al **1-866-265-1893**, TTY **711**, o visitando nuestro sitio en la red **myuhc.com/CommunityPlan**. Las formas completas deben enviarse a la dirección en la sección “Como trabaja su Cobertura” en este contrato o en su tarjeta de identificación. Usted también puede presentar una reclamación electrónicamente visitando nuestro sitio en internet en **myuhc.com/CommunityPlan**.

C. Límite de tiempo para presentar reclamaciones

Las reclamaciones por servicios deben presentarse ante nosotros dentro de los 120 días primeros después de que usted recibió los servicios por los cuáles está presentando una reclamación de pagos. Si el período de 120 días para presentar la reclamación no es razonable, usted debe presentar la reclamación tan pronto como razonablemente se pueda hacer. En ningún caso, excepto en la ausencia de no tener una capacidad legal, puede presentarse una reclamación después de un (1) año a partir de la fecha en que se requiere que usted presente una reclamación.

D. Reclamaciones por referencias prohibidas

A nosotros no se nos puede requerir que paguemos cualquier reclamación, factura u otra clase de demanda por un proveedor de servicios de laboratorios clínicos, farmacias, servicios de terapia por radiación, servicios de terapia física, o de rayos X o de otro tipo de imágenes relacionadas a las referencias prohibidas en la sección 238-a(1) de la Ley de salud pública de New York.

E. Determinaciones de las reclamaciones

Nuestro procedimiento para la determinación de las reclamaciones se aplica a todas las reclamaciones que no son determinaciones relacionadas a necesidades médicas o de servicios experimentales o de investigación. Por ejemplo, nuestro procedimiento para la determinación de una reclamación se aplica a la denegación de beneficios contractuales y referencias. Si usted no está de acuerdo con nuestra determinación de la reclamación, puede presentar una queja que vaya de acuerdo con la sección de Procedimientos para quejas en este contrato.

Para obtener una descripción de la revisión de utilización y del proceso de apelaciones para la determinación de las necesidades médicas o experimentales o de investigación, consulte las secciones de Revisión de utilización y de Apelaciones externas en este contrato.

F. Determinaciones para las reclamaciones pre-servicio

1. **Una reclamación antes del servicio (pre-servicio)** para un es una solicitud para la aprobación de un servicio o tratamiento antes de que sea recibido. Si tenemos toda la necesaria información para poder tomar una determinación acerca de una reclamación de un pre-servicio (por ejemplo, una determinación de un beneficio cubierto o una referencia), nosotros tomaremos una determinación y le informaremos a usted (o a la persona que usted haya designado) dentro de los primeros 15 días después de haber recibido su reclamación.

Si nosotros necesitamos información adicional, se la solicitaremos dentro de los primeros 15 días de la fecha en que recibimos su reclamación. Usted tiene hasta 45 días para presentar esa información. Si esa información la recibimos dentro de los 45 días mencionados, tomaremos una determinación y le informaremos por escrito dentro de los primero 15 días de haber recibido la información. Si toda la información necesaria no se recibe dentro de 45 días, tomaremos una determinación dentro de 15 días a partir del final de los 45 días mencionados.

- 2. Revisiones pre-servicio urgentes.** Con respecto a las solicitudes pre-servicio urgentes, si nosotros tenemos toda la información necesaria para tomar una decisión, nosotros tomaremos la decisión y le informaremos a usted (o a la persona que usted haya designado) por teléfono dentro de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Una notificación por escrito será enviada tres (3) días después de la fecha en que tomamos una decisión. Si es necesario tener información adicional, se la solicitaremos dentro de 24 horas. Entonces usted tendrá 48 horas para presentarnos esa información. Nosotros tomaremos una determinación y le daremos notificación a usted (o a la persona que usted haya designado) por teléfono en 48 horas después de que nosotros hayamos recibido la información o al final del periodo de 48 horas, cualquiera que sea más temprano. Notificación por escrito se enviará dentro de un periodo de tres (3) días después de la fecha en que tomamos la determinación.

G. Determinación de reclamación después del servicio

Una reclamación después del servicio es una solicitud acerca de un servicio o tratamiento que usted ya recibió. Si nosotros tenemos toda la información necesaria para poder tomar una determinación acerca de una reclamación después de un servicio, nosotros tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a la persona que usted haya designado) dentro de 30 días después de haber recibido su reclamación si negamos la reclamación por completo en o en parte. Si necesitamos información adicional, se la solicitaremos dentro de un período de 30 días. Después, usted tendrá 45 días para proveernos la información. Nosotros tomaremos una determinación y le informaremos a usted por escrito (o a la persona que usted haya designado) dentro de 15 días de la fecha inicial de haber recibido la información o al final del período de 45 días, cualquiera que sea el periodo mas corto, si negamos la reclamación por completo o en parte.

H. Pago de reclamaciones

Cuando se ha establecido clara y razonablemente nuestra obligación para pagar una reclamación, el pago se hará dentro de los primeros 30 días después de haber recibido la reclamación (cuando ésta se ha presentado por internet o por correo electrónico) y dentro de 45 días después de recibir la reclamación (cuando se ha presentado por otros medios incluyendo por escrito o por fax). Si nosotros solicitamos más información, pagaremos la reclamación dentro de 30 días (para reclamaciones presentado por internet o por correo electrónico) o en 45 días en reclamaciones presentadas a través de otros medios (incluyendo por escrito o por fax) después de recibir la reclamación.

Sección XIX

Procedimientos para quejas

A. Quejas

Nuestro procedimiento para las quejas se aplica a cualquier situación que no se refiere a una determinación por nosotros para una necesidad médica o experimental o de investigación. Por ejemplo, se aplica a la denegación de beneficios contractuales o a situaciones o preocupaciones que usted tenga en relación a nuestras políticas de administración o el acceso a proveedores.

B. Para presentar una queja

Usted puede contactarnos por teléfono al número **1-866-265-1893**, TTY **711**, o por escrito para presentar una queja. Usted puede presentar una queja oralmente en conexión con una denegación a una referencia o a la determinación de la cobertura de un beneficio. Nosotros podemos requerir que usted firme un documento de reconocimiento preparado por nosotros, relativo a su queja. Usted o la persona que ha designado tienen hasta 180 días a partir de la fecha en que recibió nuestra decisión que usted quiere que revisemos para presentar su queja. Cuando nosotros recibimos su queja, le enviaremos dentro de los primeros 15 días una carta notificándole que hemos recibido su queja. Esta carta de notificación incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona a cargo del trámite de su queja y le indicará si hay necesidad de información adicional que debe ser provista.

Nosotros mantenemos todas las solicitudes y discusiones de manera confidencial y no tomaremos ninguna acción discriminatoria debido a su queja. Nosotros tenemos procesos para ambas quejas, ya sean estándar o aceleradas, dependiendo de la naturaleza de su queja.

Usted puede solicitar que le enviemos una notificación electrónica de la determinación acerca de una queja en lugar de una notificación por escrito o por teléfono. Usted debe informarnos con anticipación si desea recibir notificaciones electrónicas. Si quiere recibir notificaciones electrónicas llame al **1-866-265-1893**, TTY **711** o visite nuestro sitio en internet en **myuhc.com/CommunityPlan**. Usted puede optar por no recibir notificaciones electrónicas en cualquier momento.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

C. Determinación de una queja

La decisión a su queja se tomará por personal calificado o si se trata de un asunto clínico, un profesional para los cuidados de salud, con licencia o certificación o registrado estudiará su caso. Nosotros tomaremos una decisión acerca de su queja y le notificaremos de acuerdo a lo siguiente:

<u>Quejas aceleradas/urgentes:</u>	Por teléfono, dentro de las primeras 48 horas después de recibir toda la información necesaria o 72 horas después de recibir su queja, cualquiera que sea más temprano. Se proveerá una notificación por escrito dentro de las 72 horas después de haber recibido su queja.
<u>Quejas antes del servicio:</u> (Una solicitud para un servicio o tratamiento que aún no ha sido provisto.)	Por escrito, dentro de 30 días después de haber recibido su queja.
<u>Quejas después del servicio:</u> (Una reclamación por un servicio o tratamiento que ya se ha provisto.)	Por escrito, dentro de 30 días después de recibir toda la necesaria información, pero no más tarde de 60 días después de recibir su queja.
<u>Todas las demás quejas:</u> (Que no tienen relación con una reclamación o solicitud para un servicio o tratamiento.)	Por escrito, dentro de 45 días después de recibir toda la información necesaria pero no más de 60 días después de recibir su queja.

D. Asistencia

Si usted continua insatisfecho con nuestra determinación de su queja, o si está descontento por cualquier otra razón, usted puede:

Llamar al Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-206-8125 o escribirles a:

New York State Department of Health
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**

Internet: **www.health.ny.gov**

Si usted necesita de asistencia para presentar una queja, puede ponerse en contacto con el Programa de Asistencia al Consumidor en:

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

O llame sin costo alguno al: **1-888-614-5400**, o por correo electrónico a: **cha@cssny.org**

Internet: **www.communityhealthadvocates.org**

Sección XX

Revisión de utilización

A. Revisión de utilización

Nosotros revisamos los servicios de salud para determinar si estos servicios son o fueron médicamente necesarios, experimentales o de investigación (“Médicamente necesarios”). A este proceso se le conoce como una Revisión de utilización. La Revisión de Utilización incluye la revisión de todas las actividades, sin importar si tuvieron lugar antes de que el servicio se haya extendido (pre-autorización); cuando el servicio se extiende (actualmente); o después que se hayan extendido (en retrospectiva). Si usted tiene cualquier pregunta acerca del proceso de la Revisión de Utilización, llame al **1-866-265-1893**, TTY **711**. El número gratuito de teléfono se encuentra disponible por lo menos 40 horas a la semana con una máquina contestadora después de las horas hábiles de trabajo.

Todas las determinaciones acerca de estos servicios para conocer si son o no médicamente necesarios, son llevadas a cabo por: 1) Doctores con licencia; o 2) Profesionales con licencia, certificados, registrados o acreditados como profesionales en los cuidados para la salud, que se encuentran en la misma profesión o que laboran en una especialidad similar al proveedor que administra el manejo de su enfermedad o condición o que le provee los servicios para los cuidados de su salud y que se encuentran bajo una revisión; o 3) con respecto a la salud mental o a los desórdenes del uso de sustancias, doctores con licencia, certificados, registrados o profesionales acreditados para brindar cuidados para la salud y quienes tengan una especialización en la salud conductual y con experiencia en la salud mental y la administración de tratamientos para desórdenes del uso de sustancias. Nosotros no compensamos o proveemos incentivos financieros a nuestros empleados o personal de revisiones para determinar si los servicios son o no médicamente necesarios.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Hemos desarrollado pautas y protocolos para ayudarnos en este proceso. Usaremos herramientas de criterios de revisión clínica basadas en evidencia y revisadas por pares que sean apropiadas para la edad del paciente y designadas por OASAS para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias o aprobadas para su uso por OMH para el tratamiento de salud mental. Hay pautas y protocolos específicos disponibles para su revisión a pedido. Para obtener más información, llame al **1-866-265-1893**, TTY **711** o visite nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**.

Usted puede solicitar que le enviemos una notificación electrónica de una determinación de Revisión de utilización en lugar de una notificación por escrito o por teléfono. Debe informarnos con anticipación si desea recibir notificaciones electrónicas. Para optar por recibir notificaciones electrónicas, llame al **1-866-265-1893**, TTY **711** o visite nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**. Puede optar por no recibir notificaciones electrónicas en cualquier momento.

B. Revisiones de autorización previa

1. **Revisiones no urgentes de autorización previa.** Si nosotros tenemos toda la información necesaria para poder llegar a una determinación acerca de la revisión de autorización previa, haremos esa determinación y les informaremos a usted (o a la persona que usted haya designado) y a su proveedor por teléfono y por escrito dentro de los primeros tres (3) días hábiles después de haber recibido su petición.

Si es necesario tener información adicional, la solicitaremos dentro de los tres (3) primeros días hábiles. Usted o su proveedor tienen hasta 45 días calendarios para remitir la información solicitada. Si recibimos esta información dentro de los primeros 45 días a partir de la fecha en que la solicitamos, nosotros tomaremos una determinación y se la comunicaremos a usted (o a la persona que usted haya designado) y a su proveedor por teléfono o por escrito dentro de los primeros tres (3) días hábiles después de haber recibido la información. Si la necesaria información no se recibe dentro de 45 días, nosotros tomaremos una determinación dentro de los primeros 15 días calendarios después que el período de 45 días termine en cuanto se reciba parte de la información solicitada o 15 días calendario al final del periodo de 45 días.

2. **Revisiones urgentes de autorización previa.** Si nosotros tenemos toda la información necesaria para poder tomar una determinación, haremos esa determinación y le lo comunicaremos a usted (o a la persona que usted haya designado) y a su proveedor por teléfono dentro de las primeras 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la solicitud. Notificación por escrito se le enviará dentro de los primeros tres (3) días hábiles después de recibir su solicitud. Si necesitamos información adicional, se la solicitaremos dentro de las primeras 24 horas. Usted o su proveedor tendrán 48 horas para enviarnos esta información. Nosotros tomaremos una determinación y le informaremos a usted (o a la persona que haya designado) y a su proveedor por teléfono dentro de las primeras 48 horas después de recibir la información solicitada o al término de las 48 horas del período arriba mencionado, cualquiera que sea más temprano.
3. **Tratamientos ordenados por la corte.** Con respecto a las solicitudes para los servicios de salud mental y/o los desórdenes por el uso de sustancias que aún no han sido provistos, si usted (o la persona designada) certifica, en un formato prescrito por la superintendencia de Servicios Financieros, que usted aparecerá o apareció ante una corte de la jurisdicción competente y que puede ser sujeto a la orden de la corte para requerir tales servicios, nosotros tomaremos la

determinación y le proveeremos a usted (o a la persona designada) y a su proveedor con una notificación por teléfono dentro de las primeras 72 horas de haber recibido su solicitud. Una notificación por escrito será enviada dentro de tres (3) días hábiles de la fecha en que se recibió su solicitud. En los casos en que sea posible, también se le notificará a la corte por teléfono y por escrito.

4. **Revisiones de los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados.** Después de recibir una solicitud de autorización previa para la cobertura de servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados después de una admisión hospitalaria proporcionada por un hospital o centro de enfermería especializada, nosotros tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o su designado) y a su proveedor por teléfono y por escrito dentro de un (1) día hábil a partir de la recepción de la información necesaria.

C. Revisiones simultáneas

1. **Revisiones simultáneas no urgentes.** Las decisiones para las revisiones de utilización por servicios durante el curso de los cuidados de salud (revisiones simultáneas) serán llevadas a cabo y se le notificará a usted (o a la persona que haya designado) y a su proveedor por teléfono o por escrito dentro de un periodo de un (1) día hábil después de recibir toda la información necesaria. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro del periodo de un (1) día hábil. Usted o su proveedor tendrán 45 días calendarios para enviar esta información. Nosotros tomaremos una determinación y le informaremos a usted (o a la persona que haya designado) y a su proveedor por teléfono y por escrito dentro del periodo de un (1) día hábil, después de recibir la información solicitada o, si no recibimos esta información, dentro de los primeros 15 días calendario posteriores a la recepción de parte de la información solicitada o 15 días calendario después del final del período de 45 días, lo que ocurra primero.
2. **Revisiones simultáneas urgentes.** En el caso de revisiones simultáneas que requieren de una extensión urgente para los cuidados de salud, si la solicitud para la cobertura se hace por lo menos 24 horas antes de la fecha de expiración de un tratamiento previamente aprobado, nosotros tomaremos una determinación y le informaremos de ello a usted (o a la persona que haya designado) y a su proveedor por teléfono dentro de las primeras 24 horas después de recibir su solicitud. Notificación por escrito se enviará dentro del periodo de un (1) día hábil después de recibir su solicitud.

Si la solicitud de cobertura no se hace por lo menos 24 horas antes de la expiración de un tratamiento aprobado previamente y tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, tomaremos una determinación y les notificaremos por escrito a usted (o su representante) y su proveedor dentro de 72 horas o un (1) día hábil de la recepción de la solicitud, cualquiera que sea más temprano. Si es necesario tener información adicional, la solicitaremos dentro de 24 horas. Usted o su proveedor tienen hasta 48 horas para remitir la información solicitada. Nosotros tomaremos una determinación y se la comunicaremos a usted (o a la persona que usted haya designado) y a su proveedor dentro de un (1) día hábil o 48 horas después de haber recibido la información, cualquiera que sea más temprano, o, si la necesaria información no se recibe, dentro de 48 horas después de que el período de 48 horas termine.

- 3. Revisiones de los cuidados de salud en el hogar.** Después de recibir una solicitud para la cobertura de servicios para la salud en el hogar después de haber estado hospitalizado, nosotros haremos la determinación y le informaremos por teléfono o por escrito a usted (o a la persona que haya designado) y a su proveedor dentro del período de un (1) día hábil después de recibir la información necesaria. Si el día en que se recibe la solicitud durante un fin de semana o en un día feriado, nosotros haremos la determinación y se la comunicaremos a usted (o a la persona que usted haya designado) y a su proveedor dentro de las primeras 72 horas después de haber recibido la necesaria información. Cuando nosotros recibimos una solicitud para servicios para los cuidados de salud en el hogar antes de que sea usted dado de alta del hospital, incluyendo toda la información necesaria, nosotros no negaremos la cobertura para servicios para los cuidados de salud en el hogar durante el período en que se considere su solicitud.
- 4. Revisiones para tratamientos para desórdenes por el uso de sustancias en el paciente hospitalizado.** Si se ha solicitado por lo menos 24 horas antes de ser dado de alta de un tratamiento para desórdenes por el uso de sustancias en un paciente hospitalizado, nosotros haremos la determinación de la solicitud dentro de las primeras 24 horas después de recibir esa solicitud y proveeremos cobertura para el tratamiento para los desórdenes por el uso de sustancias para el (la) paciente hospitalizado(a) mientras nuestra decisión esté pendiente.
- 5. Tratamiento para el desorden por el uso de sustancias en pacientes hospitalizados en establecimientos participantes certificados por OASAS.** La cobertura para el tratamiento del desorden del uso de sustancias en un establecimiento participante certificado por OASAS no está sujeto a una preautorización. La cobertura no estará sujeta a revisiones actualizadas por los primeros 28 días desde la fecha de admisión del paciente si el establecimiento certificado por OASAS nos notifica de la admisión y tratamiento inicial dentro de los dos (2) días hábiles a partir de la admisión. Después de los primeros 28 días de la fecha de admisión del paciente, nosotros podremos revisar la estadía completa para determinar si esto es una necesidad médica y nosotros usaremos la herramienta para revisión clínica designada por OASAS. Si cualquier porción de la estadía se niega por considerarse que no es una necesidad médica, usted será responsable por los costos compartidos de nuestra red que se aplicarían a su admisión como paciente.
- 6. Tratamiento ambulatorio del trastorno por uso de sustancias en instalaciones participantes certificadas por OASAS.** La cobertura para pacientes ambulatorios, pacientes ambulatorios intensivos, rehabilitación ambulatoria y tratamiento con opioides en un Centro participante certificado por OASAS no está sujeta a autorización previa. La cobertura no estará sujeta a una revisión concurrente durante las primeras cuatro (4) semanas de tratamiento continuo, que no excederá las 28 visitas, si el Centro certificado por OASAS nos notifica tanto el inicio del tratamiento como el plan de tratamiento dentro de los dos (2) primeros días hábiles. Después de las primeras cuatro (4) semanas de tratamiento continuo, sin exceder las 28 visitas, podemos revisar todo el tratamiento ambulatorio para determinar si es médicamente necesario y utilizaremos herramientas de revisión clínica designadas por OASAS. Si se niega cualquier parte del tratamiento ambulatorio como no médicamente necesario, usted solo es responsable del costo compartido dentro de la red que de otro modo se aplicaría a su tratamiento ambulatorio.

D. Revisiones en retrospectiva

Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación en relación a una reclamación en retrospectiva, nosotros tomaremos una determinación y le notificaremos a usted y a su proveedor dentro de los primeros 30 días calendarios después de recibir su solicitud. Si es necesario obtener más información, la solicitaremos dentro de 30 días calendarios. Usted o su proveedor tendrán 45 días calendarios para suministrar esa información. Nosotros tomaremos una determinación y le notificaremos a usted y a su proveedor por escrito dentro de 15 días calendarios a partir de la fecha en que recibimos la información o al final del período de 45 días, cualquiera que sea más temprano.

Una vez que nosotros hemos obtenido toda la información necesaria para poder tomar una decisión y no podemos llegar a una determinación de la Revisión de Utilización dentro del período de tiempo fijado y arriba anotado, deberá considerarse que la decisión es adversa y esa determinación estará sujeta a la presentación de una apelación interna.

E. Revisión en retrospectiva de servicios pre-autorizados

Nosotros solamente negamos un tratamiento, servicio o procedimiento previamente autorizado cuando:

- La información médica relevante que se nos ha presentado después de ser revisada resulta ser material diferente al material presentado durante la Revisión de autorización previa;
- La información médica relevante que se nos ha presentado en la Revisión de retrospectiva existía al momento de la autorización previa, pero fue retenida o no nos estuvo disponible;
- Nosotros no estábamos informados de la información antes mencionada al momento de la revisión de autorización previa; y
- Si hubiéramos tenido conocimiento de esa información, el tratamiento, servicio o procedimiento solicitado no hubiera sido autorizado. La determinación se lleva a cabo empleando los mismos estándares, criterio o procedimientos específicos que son empleados en la revisión de autorización previa.

F. Determinaciones de anulación de la terapia escalonada

Usted, su representante o su proveedor profesional para sus cuidados de salud pueden solicitar una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada para la cobertura de un medicamento recetado seleccionado por su profesional de atención médica. Cuando se conduce una la Revisión de Utilización para una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada, utilizaremos criterios de revisión clínica reconocidos basados en la evidencia y revisados por personas en condiciones similares a las suyas que sean apropiadas para usted y su condición médica.

1. **Justificación y documentación de apoyo.** Una solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada debe incluir la justificación de respaldo y la documentación de un profesional de la salud, lo que demuestra que:
 - El medicamento requerido está contraindicado y causará muy probablemente una reacción adversa con daños físicos o mentales que le causarán daño a usted;
 - El medicamento de receta se espera que sea inefectivo basado en su historia clínica, condición y régimen de medicamentos de receta;
 - Usted trató el medicamento de receta cuándo estaba cubierto por nosotros o bajo la cobertura de su previo seguro médico u otro medicamento de receta de la misma clase farmacológica o con la misma manera de acción y ese medicamento de receta fue discontinuado debido a su falta de efectividad, efectos deficientes o por algún evento adverso;
 - Usted se encuentra dentro de un balance empleando el medicamento de receta seleccionado por su profesional de los cuidados de salud para la condición médica que tiene. Aún en vista de lo anterior, no nos previene requerir que usted trate de usar un medicamento genérico equivalente, clasificado como AB; o
 - El medicamento de receta no es en el mejor para sus propios intereses, porque muy probablemente este será una barrera significativa entre su adherencia o su cumplimiento a los cuidados de su plan de salud, lo que probablemente empeorará la situación al actuar como una doble condición o produciendo posiblemente una disminución en su habilidad para obtener o mantener su habilidad de funcionar de una manera razonable en la ejecución de sus actividades diarias.
2. **Revisión estándar.** Realizaremos una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada y le notificaremos a usted (o a su representante) y, en su caso, a su profesional de la salud dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la justificación y la documentación de respaldo.
3. **Revisión acelerada.** Si usted tiene una condición médica que pone en serio peligro su salud por no poder obtener el medicamento de receta prescrito por su profesional de la salud, realizaremos una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la justificación y documentación de respaldo.

Si la justificación y la documentación de respaldo requerida no se presentan con una solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada, solicitaremos la información dentro de las 72 horas para la autorización previa y las revisiones retrospectivas, las 72 horas o un (1) día hábil para las revisiones concurrentes y 24 horas para revisiones aceleradas. Usted o su profesional de la salud tendrán 45 días calendario para enviar la información para la autorización previa, las revisiones simultáneas y retrospectivas y las 48 horas para las revisiones aceleradas. Para las revisiones de autorización previa, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su representante) y a su profesional de atención médica dentro de las 72 horas anteriores a la recepción de la información o 15 días calendario después del final del período de 45 días si la información no se recibió. Para revisiones concurrentes, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su representante) y a su profesional de atención médica dentro de las primeras 72 horas o un (1) día hábil después de recibir nuestra información o 15 días calendario después del final del período de 45 días si no se recibe la información. Para las revisiones retrospectivas, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su representante) y a su profesional de atención médica dentro de las primeras 72 horas de nuestro recibo de la información o 15 días calendario después del final de los 45 días período si no se recibe la información. Para revisiones aceleradas, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su representante) y a su profesional de atención médica dentro de las primeras 24 horas de nuestro recibo de la información o 48 horas del final del período de 48 horas si él no se recibe información.

Si no tomamos una determinación dentro de las 72 horas (o 24 horas para las revisiones aceleradas) de la recepción de la justificación y la documentación de respaldo, se aprobará la solicitud de anulación del protocolo de terapia escalonada.

Si determinamos que el protocolo de terapia escalonada debe anularse, autorizaremos una cobertura inmediata para el medicamento recetado prescrito por su profesional de atención médica tratante. Una determinación de anulación de terapia de paso adverso es elegible para una apelación.

G. Reconsideración

Si no tratamos de consultar con su proveedor antes de tomar una determinación adversa, su proveedor puede solicitar una reconsideración con el mismo revisor clínico profesional que tomó la determinación adversa o por un revisor clínico profesional designado si el revisor clínico profesional original no se encuentra disponible. Para revisiones de autorización previa o simultáneas, la reconsideración tomará lugar en el lapso de un (1) día hábil a partir de la fecha de la reconsideración. Si la determinación adversa se mantiene, se le notificará por teléfono o por escrito a usted y a su proveedor.

H. Apelaciones internas de Revisiones de utilización

Usted, la persona que haya usted designado y, en casos de revisiones retrospectivas, su proveedor pueden solicitar por teléfono, en persona o por escrito una apelación interna para una determinación adversa.

Usted tiene hasta 180 días calendarios para solicitar una apelación después de haber recibido la notificación de una determinación adversa. Nosotros le comunicaremos haber recibido su solicitud para una apelación interna dentro de los 15 días calendarios a partir de la fecha en que recibimos su solicitud. En este comunicado le informaremos si es necesario obtener cualquier otra información adicional antes de poder tomar a una decisión. La apelación será decidida por un revisor clínico que no esté subordinado al revisor clínico que realizó la determinación adversa inicial y que es (1) un Médico o (2) un profesional de la atención de la salud en la misma o similar especialidad que el proveedor quien generalmente maneja la enfermedad o afección en cuestión.

1. **Denegación a un servicio por fuera de la red.** Cuando nosotros determinamos que los servicios por fuera de la red no son diferentes de los servicios que se encuentran disponibles dentro de la red, usted también tiene el derecho a presentar una apelación a la denegación de una solicitud de autorización previa para un servicio ofrecido por fuera de la red para cuidados para la salud. La denegación a un servicio para los cuidados de la salud por fuera de la red es por un servicio que se brinda por un proveedor que no participa con nuestra red, pero solo cuando este servicio no se encuentra disponible con un proveedor participante dentro de nuestra red. Usted no es elegible para una apelación a la Revisión de Utilización si el servicio que usted solicita se encuentra disponible por un proveedor participante, aún si el proveedor que no participa con nuestra red tiene más experiencia en el diagnóstico o tratamiento de la condición que usted presenta. (Una apelación como ésta será considerada como una queja.) Para una apelación a una Revisión de Utilidad por una denegación de un servicio de salud por fuera de la red, usted o la persona designada por usted deben presentar lo siguiente:
 - Una constancia por escrito de su doctor, quien debe tener licencia, ser certificado o elegible para obtener la certificación profesional de especialidad, por tener las calificaciones necesarias para practicar dicha especialidad en el área de la práctica apropiada para dar tratamiento a su condición, asentando que los servicios para la salud solicitados por un servicio por fuera de la red es materialmente diferente a los servicios alternos disponibles por un proveedor participante que nosotros aprobamos para darle el tratamiento a su condición; y
 - Dos (2) documentos detallando la evidencia médica y científica que el servicio ofrecido por fuera de la red: 1) posiblemente sea de más beneficio clínico para usted que el beneficio del servicio alternativo ofrecido dentro de la red; y 2) que el riesgo adverso del servicio por fuera de la red probablemente no puede aumentar sustancialmente más que el servicio provisto dentro de la red.
2. **Denegación de una autorización por afuera de la red.** Usted también tiene el derecho de presentar una apelación a la denegación para una autorización para un proveedor por fuera de la red cuando nosotros determinamos que existe y está disponible un proveedor participante con el entrenamiento apropiado y la experiencia necesaria para llenar las necesidades para sus

cuidados de salud particulares y quien es capaz de proveer esos servicios. Para una apelación acerca de una Revisión de Utilidad por la denegación de una referencia a un servicio por fuera de la red, usted o la persona que usted ha designado deben presentar una declaración por escrito del doctor que le da tratamiento y quien debe tener una licencia, ser certificado o elegible a una certificación como doctor calificado para practicar en el área de especialidad apropiada para dar tratamiento a la condición que usted presenta:

- Que el proveedor participante recomendado por nosotros no posee el entrenamiento y experiencia necesarias para llenar las necesidades particulares para los servicios de los cuidados de salud que usted requiere; y
- Recomendando a un proveedor fuera de la red que tenga el entrenamiento apropiado y la necesaria experiencia para llenar las necesidades particulares para los cuidados de su salud y quien es capaz de proveer el servicio para los cuidados de salud que se solicita.

I. Apelación de primer nivel

- 1. Apelación a una autorización previa.** Si su apelación se refiere a una solicitud para una apelación a una autorización previa, nosotros decidiremos dentro de los primeros 30 días calendarios después de haber recibido su solicitud. Notificación de la determinación será enviada a usted (o a la persona que usted ha designado) y, si es apropiado, a su proveedor dentro de un período de dos (2) días hábiles después de que se haya tomado la determinación, pero no más tarde de 30 días calendarios después de haber recibido su solicitud para una apelación.
- 2. Apelación en retrospectiva.** Si su apelación se refiere a una reclamación en retrospectiva, nosotros decidiremos acerca de esa apelación en los primeros 30 días calendario posteriores a la recepción de la información necesaria para llevar a cabo la apelación o 60 días posteriores a la recepción de la apelación. Notificación por escrito acerca de la determinación se le enviarán a usted (o a la persona que usted haya designado) y, en el caso que sea apropiado, a su proveedor dentro de un período de dos (2) días hábiles después de que se haya tomado dicha determinación, pero no después del término de 60 días calendarios después de recibir la solicitud para una apelación.
- 3. Apelación acelerada.** Una apelación acerca de una revisión para la continuación o la extensión de servicios para los cuidados de la salud, servicios adicionales que se brinden durante el curso de un tratamiento, servicios para los cuidados de la salud en el hogar después de haber sido de alta de un hospital, servicios por los cuáles el proveedor solicita una revisión inmediata, los servicios de salud mental y/o trastorno por uso de sustancias que pueden estar sujetos a una orden judicial, o cualquier otro asunto urgente serán tratados de manera expedita. Una apelación acelerada no se encuentra disponible para revisiones en retrospectiva. Para una apelación acelerada, su proveedor deberá tener un acceso razonable al revisor clínico profesional asignado a la apelación dentro de un período de un (1) día hábil después de que se reciba su solicitud de apelación. Su proveedor y revisor clínico profesional que podrán intercambiar información por vía telefónica o por fax. Una apelación acelerada será determinada dentro de las primeras 72 horas después de haber recibido la solicitud de apelación o en dos (2) días hábiles después de haberse obtenido toda la información necesaria

para poder llevar a cabo esta apelación. Si usted no está satisfecho con la resolución de su apelación acelerada, usted puede presentar una apelación interna estándar o una apelación externa. Se le enviará un aviso por escrito de la determinación (o su representante) dentro de las 24 horas posteriores a la determinación, pero no más tarde de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.

Si nosotros no podemos llegar a una determinación acerca de su apelación dentro de un periodo de 60 días calendarios después de recibir la información necesaria acerca de una apelación estándar o dentro de un período de dos (2) días hábiles después de recibir toda la información necesaria para una apelación acelerada, se considerará que haya una reversión en la determinación inicial adversa.

- 4. Apelación acerca del uso de sustancias.** Si se niega una solicitud acerca del tratamiento para un desorden debido al uso de sustancias, cuando esta solicitud fue presentada por lo menos 24 horas antes de haberse dado de alta como paciente hospitalizado y usted o su proveedor presentan una apelación interna acelerada acerca de nuestra determinación adversa, nosotros decidiremos acerca de esta apelación dentro de las primeras 24 horas después de recibir la solicitud para la apelación. Si usted o su proveedor presentan una apelación interna acelerada o una apelación externa acelerada dentro de las primeras 24 horas después de recibir nuestra determinación adversa, nosotros también proveeremos cobertura para el tratamiento de desórdenes por el uso de sustancias mientras la determinación de una apelación externa o interna estén pendientes.

J. Revisión completa e imparcial de una apelación

Nosotros le proporcionaremos, gratuitamente cualquier evidencia nueva o adicional que debe considerarse en la que nosotros dependamos o que hayamos nosotros generado o cualquier nueva razón que sea adicional y/o relacionada con su apelación. La evidencia o justificación se proporcionará tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación a la fecha en que se requiera la notificación de la determinación adversa final para darle a usted una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha.

K. Asistencia para una apelación

Si usted requiere de asistencia para presentar una apelación, puede contactar al Programa independiente del estado para ayuda a los consumidores (Consumer Assistance Program) en:

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

O puede llamar sin costo para usted al: 1-888-614-5400,
o enviar un correo electrónico a cha@cssny.org

Sitio web: www.communityhealthadvocates.org

Sección XXI

Apelación externa

A. Su derecho a una apelación externa

En algunos casos, usted tiene el derecho a presentar una apelación externa por la denegación de cobertura. Si nosotros le hemos denegado cobertura en las bases que un servicio no sea médicamente necesario (incluyendo que no sea apropiado, el entorno de los cuidados de salud, el nivel o efectividad de los cuidados de salud de un beneficio cubierto); o si es un tratamiento experimental o de investigación (incluyendo los ensayos clínicos y el tratamiento de enfermedades poco comunes); o es un tratamiento por fuera de nuestra red, usted o su representante pueden presentar una apelación ante el agente de apelaciones externas, quien es una tercera parte independiente y certificada por el Estado y quien puede conducir ese tipo de apelaciones.

Para que usted pueda ser elegible para una apelación externa, usted debe llenar los dos (2) siguientes requisitos:

- El servicio, procedimiento o tratamiento deben ser, de otro modo, un servicio cubierto en virtud del contrato de suscriptor; y
- Generalmente debe haber recibido una determinación adversa final a través del proceso de apelación interna del Plan. Pero, usted puede presentar una apelación externa aun cuando no haya recibido una determinación final adversa a través de nuestro proceso de apelaciones internas si:
 - Nosotros estamos de acuerdo en poner por escrito que renunciamos al procedimiento de una apelación interna. Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo a la petición para la renuncia de una apelación interna; o
 - Usted presenta una apelación externa al mismo tiempo que usted solicita por una apelación interna acelerada; o
 - Nosotros no llenamos los requisitos para poder adherirnos a la Revisión de la Utilización de los requerimientos para el procesamiento (además de aquellos que sean violaciones menores que generalmente no pueden causarle a usted prejuicios o daños, y nosotros demostramos que la violación fue por una buena razón o debida a condiciones fuera de nuestro control y que la violación ocurrió en un intercambio de información en curso y de buena fe entre usted y nosotros).

B. Su derecho a apelar una determinación que indica que el servicio no es médicamente necesario

Si el Plan ha negado la cobertura sobre la base de que el servicio no es médicamente necesario, puede apelar a un agente de apelación externa si cumple con los criterios enumerados anteriormente en el párrafo “A”.

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

Si se le ha negado la cobertura sobre la base de que el servicio es experimental o de investigación (incluyendo ensayos clínicos y tratamientos para enfermedades poco comunes), usted debe satisfacer los dos (2) requerimientos para una apelación externa en el párrafo “A” arriba mencionado y su doctor debe certificar que su condición o enfermedad es por la cual:

1. Los servicios estándar de salud no son efectivos o son médicamente inapropiados; o
2. No existe un servicio o procedimiento estándar que sea más benéfico que esté cubierto por nosotros; o
3. Que existe un ensayo clínico o tratamiento para una enfermedad poco común (como se define por la ley).

Además, su doctor debe recomendar uno (1) de los siguientes:

1. Un servicio, procedimiento o tratamiento para el que existan dos (2) documentos con evidencia médica y científica que se encuentren disponibles y que mencionen que es probable que sean de mayor beneficios para usted que los servicios cubiertos estándar (solo se consideraran ciertos documentos para que den apoyo a esta recomendación — su doctor debe contactar al Estado para conocer la información actualizada disponible necesaria para que se consideren o se acepten esos documentos); o
2. Un ensayo clínico para el cuál usted es elegible (solo ciertos ensayos clínicos pueden ser considerados); o
3. Un tratamiento para una enfermedad poco común por la cual su doctor certifica que no existe un tratamiento estándar que pudiera ser mejor para su beneficio que el servicio que se solicita y que el tratamiento solicitado para su enfermedad poco común produzca más beneficios que riesgos en su aplicación. Además, su doctor debe certificar que su condición es una enfermedad poco común o que previamente ha sido sujeta a estudios de investigación por la National Institutes of Health Rare Disease Clinical Research Network o que afecta a menos de 200,000 residentes en los Estados Unidos al año.

Para los propósitos de esta sección, su doctor debe estar licenciado, con una certificación o ser elegible para una certificación del colegio de médicos especialistas en la práctica del área a tratar en el caso de su enfermedad o condición. Además, para dar tratamiento a la enfermedad poco común, su doctor no debe ser el doctor que le dará el tratamiento.

D. Su derecho para apelar una determinación para un servicio por fuera de la red

Si nosotros denegamos la cobertura de un tratamiento porque no sea materialmente diferente que los servicios de salud existentes dentro de nuestra red, usted puede apelar ante un Agente de Apelaciones Externas si llena los dos (2) siguientes requerimientos para una apelación externa en el párrafo “A” arriba mencionado y ha solicitado una autorización previa para el tratamiento por fuera de nuestra red.

Además, su doctor debe certificar que el servicio por fuera de nuestra red es materialmente diferente del servicio de salud alternativo recomendado dentro de nuestra red, y, basado en dos (2) documentos con evidencia médica y científica, este servicio probablemente pueda ser clínicamente de más beneficio que el tratamiento alternativo dentro de la red y que los riesgos adversos en el servicio solicitado muy probablemente no aumenten substancialmente en comparación al servicio alternativo ofrecido dentro de nuestra red.

Para los propósitos de esta sección, su doctor debe ser licenciado, certificado por el colegio o ser elegible para ser miembro del colegio y estar calificado para practicar en la especialidad del área apropiada para darle a usted tratamiento de servicios para la salud.

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

Si nosotros hemos denegado la cobertura para la solicitud por una autorización a un proveedor no participante porque nosotros determinamos que tenemos un proveedor participante con el entrenamiento apropiado y la experiencia para llenar las necesidades de cuidados de salud que usted necesita, usted puede apelar a un agente de Apelaciones Externas si usted tiene los dos (2) requerimientos para una apelación externa en el párrafo “A” arriba mencionado.

Además, su doctor debe certificar que el proveedor participante recomendado por nosotros no tiene el entrenamiento apropiado y la experiencia para llenar las necesidades para los cuidados de salud que usted tiene; y recomendar a un proveedor no participante con el entrenamiento apropiado y la experiencia para satisfacer sus necesidades particulares para los cuidados de salud y que es capaz de proveer los servicios para esos cuidados de salud solicitados.

Para los fines de esta sección, su médico tratante debe ser un médico autorizado, certificado por el colegio o elegible para la misma, calificado para ejercer su profesión en el área adecuada a fin de proporcionar el servicio de salud.

F. Su derecho para apelar una excepción al formulario

Si nosotros hemos denegado su solicitud para la cobertura de un medicamento de receta que no se enlista en el formulario, a través de nuestro proceso de la excepción al formulario, usted, su representante o el profesional de los cuidados de salud pueden apelar la denegación a la excepción del formulario ante un agente de apelaciones externas. Para obtener más información acerca del proceso de excepción en el formulario, consulte la sección de Cobertura para los Medicamentos de Receta en este contrato.

G. Proceso de apelación externa

Usted tiene cuatro (4) meses a partir de la fecha en que recibió la determinación final adversa o la dispensa para el proceso de apelación interna para presentar una solicitud por escrito para una apelación externa. Si usted está presentando una apelación externa basada en nuestra falla para aplicar los requerimientos para el proceso de una reclamación, usted tiene cuatro (4) meses a partir de la fecha de esa falla para solicitar por escrito una apelación externa.

Nosotros le proveeremos con una solicitud para obtener una apelación externa con la determinación final emitida a través de nuestro proceso interno de apelación o nuestra dispensa por escrito de una apelación interna. Usted también puede solicitar la solicitud por una apelación externa del Departamento de Servicios de Finanzas Financieros del Estado de New York, llamando al 1-800-400-8882. Presente la solicitud llenada por completo ante el Departamento de Servicios de Finanzas en la dirección indicada en la solicitud. Si usted llena el criterio para una apelación externa, el Estado enviará esta solicitud a un agente de apelaciones externas.

Usted puede presentar documentación adicional con su solicitud para una apelación externa. Si el agente de apelaciones externas determina que la información que usted presenta representa un cambio material de la información en que nosotros basamos nuestra denegación, el agente de apelaciones externas compartirá esta información con nosotros para que nosotros podamos ejercer nuestro derecho de consideración a nuestra decisión. Si nosotros decidimos ejercer ese derecho, nosotros tendremos tres (3) días hábiles para enmendar o confirmar nuestra decisión. Por favor note que en el caso de una apelación externa acelerada (abajo descrita), nosotros no tenemos el derecho de reconsiderar nuestra decisión.

En general, el agente de apelación externa debe tomar una decisión en el término de 30 días de haber recibido su solicitud completa. El agente de apelación externa puede solicitar información adicional a usted, a su doctor o al Plan. Si el agente de apelación externa solicita información adicional, tendrá cinco (5) días hábiles adicionales para tomar su decisión. El agente de apelación externa debe notificarle por escrito acerca de su decisión en el término de dos (2) días hábiles.

Si su doctor certifica que un retraso en la provisión del servicio que ha sido denegado posee una inminente o seria amenaza a su salud; o si su doctor certifica que el tiempo que toma la apelación externa estándar puede seriamente poner en peligro su vida, su salud o la habilidad para obtener de nuevo su máxima función; o si usted recibe servicios de emergencia de una institución y la denegación es acerca de una admisión, disponibilidad de cuidados, o la permanencia continua, usted puede solicitar una apelación externa acelerada. En ese caso, el agente de apelación externa debe tomar una decisión dentro de 72 horas después de recibir su solicitud completada. Inmediatamente después de llegar a una decisión, el agente de apelaciones externas debe notificarle a usted y a nosotros por teléfono o fax acerca de esa decisión. El agente de apelación externa debe también notificarle a usted de su decisión por escrito.

Si su decisión de solicitud para una excepción interna al formulario recibe una revisión estándar a través de nuestro proceso de excepciones al formulario, el agente de apelaciones externas debe tomar una decisión en su apelación externa y notificarle a usted o a la persona designada por usted y al profesional de los cuidados de salud por teléfono dentro de 72 horas después de recibir su solicitud completa. El Agente de Apelaciones Externas le notificará a usted o a la persona que usted ha designado y al profesional de la salud que le prescribió por escrito dentro de dos (2) días hábiles después de haberse tomado una determinación. Si el agente de apelaciones externas anula nuestra denegación, nosotros cubriremos el medicamento de receta mientras usted tenga que tomarlo, incluyendo cualquier re-surtido.

Si su solicitud interna para una excepción del formulario recibe una revisión acelerada a través de nuestro proceso de excepción del formulario, el agente de apelaciones externas debe tomar una decisión sobre su apelación externa y notificarle a usted o a la persona designada y al profesional de los cuidados de salud por teléfono dentro de 24 horas después de recibir su solicitud completa. El Agente de Apelaciones Externas le notificará a usted o a la persona que usted ha designado y al profesional de la salud que le prescribió por escrito dentro de dos (2) días hábiles después de haberse tomado una determinación. Si el agente de apelaciones externas anula nuestra denegación, nosotros cubriremos el medicamento de receta mientras usted aun padezca la condición de salud que puede poner en serio peligro su salud, su vida o la habilidad para obtener de nuevo su máximo estado funcional o por la duración del curso del tratamiento actual empleando el medicamento que no se encuentra en el formulario.

Si el agente de apelación externa revierte la decisión del Plan de que un servicio no es médicamente necesario o aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación, el Plan proporcionará cobertura sujeto a los demás términos y condiciones de este contrato de suscriptor. Por favor tenga en cuenta que si el agente de apelación externa aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación que forma parte de una prueba clínica, el Plan sólo cubrirá los costos de los servicios requeridos para proporcionarle tratamiento según el diseño de la prueba. El Plan no será responsable de los costos de fármacos o dispositivos de investigación, los costos de servicios que no sean de atención médica, los costos de la administración de la investigación, o los costos que no estarían cubiertos en virtud de este contrato de suscriptor para tratamientos no experimentales o que no sean de investigación proporcionados en dicha prueba clínica.

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

H. Sus responsabilidades

Es su responsabilidad iniciar el proceso de apelación externa. Puede iniciar un proceso de apelación externa mediante la presentación de una solicitud completa al Departamento de Servicios financieros del Estado de New York. Usted puede designar a un representante para que le asista con su solicitud; sin embargo, el Departamento de Servicios de Finanzas puede contactarlo y solicitar que usted confirme por escrito que usted ha designado a un representante.

En virtud de la ley del estado de New York, su solicitud de apelación completa debe ser presentada dentro de cuatro (4) meses, ya sea a partir de la fecha en la que reciba la notificación escrita en la que el Plan le informa que ha negado la cobertura o la fecha en la que reciba la anulación de cualquier apelación interna. El Plan no tiene autoridad para otorgar una prórroga para esta fecha límite.

Sección XXII

Terminación de la cobertura

Este contrato puede darse por terminado de la siguiente manera:

A. Terminación automática del contrato

Este contrato se terminara automáticamente:

1. En caso de su muerte.
2. Cuando usted cumpla 65 años; su cobertura terminará al final del mes en el cuál usted cumpla 65 años o tenga elegibilidad para Medicare
3. Cuando usted tenga elegibilidad para Medicaid o se inscriba en el programa de Medicaid, su cobertura terminará el último día del mes en que se determine que es elegible para Medicaid.
4. Cuando sus ingresos excedan el 200% del nivel federal de pobreza, su cobertura terminará al final del mes en el cuál sus ingresos cambien.
5. Cuando usted tenga un cambio en su estado migratorio que le hace elegible para una cobertura diferente, incluyendo Medicaid, y su cobertura terminará al final del mes antes de que se determine que usted es elegible a Medicaid.
6. Cuando usted se suscriba en un programa diferente a través de NY State of Health Marketplace.
7. Cuando se haya inscrito en un seguro médico económico patrocinado por el empleador.

B. Terminación por usted mismo

Usted puede terminar este contrato en cualquier momento, notificando a NYSOH por lo menos con 14 días de anticipación por escrito.

C. Terminación por nuestra parte

Nosotros podemos terminar este contrato después de dar notificación con 30 días de anticipación de acuerdo a lo siguiente:

1. Fraude o una falsedad intencional de hechos materiales.

Si usted ha cometido un acto que se constituye en ser un fraude o llevado a cabo una falsa representación de hechos por escrito en su solicitud de inscripción o para obtener cobertura por un servicio, este contrato se dará por terminado de inmediato cuando usted reciba notificación por escrito de NYSOH. Sin embargo, si usted comete falsedades intencionales de hechos materiales en su solicitud de inscripción y los hechos falsificados nos hubieran llevado a negarse a emitir el presente contrato and si la solicitud se encuentra anexada al contrato, nosotros rescindiremos este contrato. La rescisión significa que la terminación de su cobertura tendrá un efecto retroactivo hasta por un (1) año o hasta la fecha en que se emitió este contrato.

2. Si usted ya no vive o reside en nuestra área de servicio.
3. La fecha del contrato se termina porque nosotros dejamos de extender la clase de contratos como el contrato actual, sin importar el estado actual de las reclamaciones presentadas o los estados de salud relacionados a este contrato. Nosotros le daremos notificación por escrito con una anticipación de no menos de 90 días.
4. La fecha del contrato se termina porque nosotros terminamos o cesamos la cobertura de todos los gastos de hospital, quirúrgicos y médicos en el mercado individual en este Estado. Nosotros le daremos notificación por escrito con una anticipación de no menos de 180 días.

Ninguna terminación deberá ser en perjuicio del derecho de una reclamación por beneficios que se presenten antes de esta terminación.

Consulte la sección de Derecho de conversión a un contrato nuevo después de la terminación en este contrato para conocer su derecho de conversión a otro contrato individual.

Sección XXIII

Suspensión temporal de los derechos para miembros en las Fuerzas Armadas

Si usted, el suscriptor, es un miembro de alguna reserva de las fuerzas armadas de los Estados Unidos, incluyendo la Guardia Nacional, usted tiene el derecho para suspender temporalmente su cobertura cuando se encuentre en servicio activo y reanudarla al término de ese servicio si:

1. Su servicio activo se extiende durante un período cuando el presidente es autorizado para ordenar unidades de la reserva al servicio activo, considerando que ese servicio activo es por la solicitud y para la conveniencia del gobierno federal; y
2. Usted no permanece por más de cinco (5) años en servicio activo.

Usted debe hacer una petición por escrito, solicitando que nosotros suspendamos su cobertura durante el período de su servicio activo. Las primas que no se han utilizado durante el período de suspensión serán reembolsadas.

Al término de su servicio activo, su cobertura será reanudada si usted:

1. Nos presenta una solicitud por escrito; y
2. Remite su prima dentro de un período de 60 días a partir de la fecha de terminación de su servicio activo.

El derecho para su reanudación se extiende para la cobertura de sus dependientes. Para las coberturas que se suspendieron mientras se encontraba en servicio activo, la cobertura será retroactiva a la fecha en que se terminó el servicio activo.

Sección XXIV

Estipulaciones generales

1. Acuerdos entre nosotros y los proveedores participantes

Cualquier acuerdo entre nosotros y los proveedores participantes puede terminarse por nosotros o por los proveedores. Este contrato no requiere que cualquier proveedor acepte a un suscriptor como paciente. Nosotros no podemos garantizarle a un suscriptor la admisión con ningún proveedor participante o con cualquier programa de beneficios.

2. Asignación

No se puede asignar ningún beneficio bajo este contrato ni reclamaciones legales basadas en una denegación de beneficios o solicitud de documentos del plan a ninguna persona, corporación u otra organización. Usted puede solicitarnos que hagamos el pago de los servicios directamente a su proveedor en lugar de hacerlo a usted, incluyendo el pago de una factura inesperada o a un hospital por servicios de emergencia y servicios para pacientes hospitalizados después de la atención médica de la sala de emergencias. Consulte la sección Cómo funciona su cobertura en este contrato para obtener más información acerca de las facturas inesperadas. Asignación significa la transferencia a otra persona, corporación o a otra organización de su derecho a los servicios provistos bajo este contrato o su derecho a cobrar dinero de nosotros por esos servicios o su derecho a demandar basado en una denegación de beneficios o solicitud de documentos del plan. Nada en este párrafo afectará su derecho de nombrar a un representante lo cual es permitido por la ley en este caso.

3. Cambios en este contrato

Nosotros podemos cambiar este contrato unilateralmente al momento de su renovación si le damos a usted notificación 45 días antes de la renovación.

4. Leyes observadas

Este contrato deberá de ser regulado por las leyes del Estado de New York.

5. Errores clericales

Los errores clericales, ya sean suyos o nuestros con respecto a este contrato, o cualquier otra documentación emitida por nosotros en conexión a este contrato, o en el mantenimiento de cualquier record pertinente a la cobertura de aquí en adelante no modificará o invalidará la cobertura que de otra manera tendrá completa validez o cobertura continua hasta que esta validez sea terminada.

6. Conformidad con la ley

Cualquiera de los términos de este contrato que se encuentren en conflicto con las leyes del Estado de New York o con cualquier otra ley federal aplicable que imponga requerimientos adicionales para lo que es requerido por la ley del Estado de New York será enmendado para conformar con los requerimientos mínimos de dicha ley.

7. Continuación de las limitaciones de los beneficios

Algunos de los beneficios de este contrato pueden limitarse a un número específico de visitas. Usted no tiene derecho a ningún beneficio adicional si el estado de su cobertura cambia durante el año. Por ejemplo, su cobertura termina y usted se suscribe en este producto en la última parte del año.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

8. Acuerdo en su totalidad

Este contrato, incluyendo cualquier endorso, cláusulas adicionales y aplicaciones anexas, sí se concentran presentes, constituyen este contrato en su totalidad.

9. Fraude y abuso de facturación

Nosotros tenemos procesos de revisión de reclamaciones antes y después de los pagos de las mismas para detectar fraudes y abusos en la facturación. Los miembros que buscan servicios de proveedores no participantes pueden recibir una factura por el balance de esos servicios de parte del proveedor no participante debido a que se determina que esos servicios no podían pagarse por existir una razonable idea que se trata de un fraude o de otro tipo de conducta dolosa o una facturación abusiva.

10. Comunicación de información y auditoria

Usted nos proporcionara toda la información y records que nosotros podemos necesitar eventualmente para poder llevar a cabo nuestras obligaciones dentro de este contrato. Usted debe proveernos con información llamando por teléfono, por razones como las siguientes: Para permitirnos determinar el nivel de cuidados de salud que usted necesita; nosotros pudiéramos tener que certificar los cuidados de salud que han sido autorizados por su doctor; o para que nosotros podamos tomar decisiones acerca de las necesidades médicas de sus cuidados de salud.

11. Tarjetas de identificación

Las tarjetas de identificación ("ID") son expedidas por nosotros con el solo propósito de emplearse como una identificación. La posesión de cualquier tarjeta de identificación no le confiere el derecho a los servicios o beneficios bajo este contrato.

12. Incontestabilidad

Ninguna declaración que usted haga en su solicitud para obtener cobertura bajo este contrato podrá nulificar lo o ser usada en cualquier procedimiento legal a menos que la solicitud o una copia exacta se anexe a este contrato. Después de dos (2) años de la fecha en que se valida este contrato, ninguna declaración errónea con la excepción de declaraciones con fines fraudulentos hechas por usted en su solicitud para obtener cobertura, podrán ser empleadas para la anulación del contrato o para negar una reclamación.

13. Contratantes independientes

Los proveedores participantes son contratantes independientes. Ellos no son nuestros agentes o empleados. Nosotros y nuestros empleados no somos agentes o empleados de ningún proveedor participante. Nosotros no somos responsables de ninguna reclamación o demanda por razón de daños provenientes de o de cualquier manera conectados con presuntas lesiones que usted haya sufrido mientras se encontraba recibiendo cuidados de salud de cualquier proveedor participante o en cualquiera de las instituciones proveedoras participantes.

14. Aportación en el desarrollo de nuestras políticas

Usted puede participar en el desarrollo de nuestras políticas, enviando por correo sus sugerencias a:

UnitedHealthcare
Member Services Department
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

15. Acceso al material

Nosotros le damos sus tarjetas de identificación, contratos, términos adicionales del contrato, y otros materiales necesarios.

16. Más información acerca de su plan de salud

Usted puede solicitar información adicional acerca de su cobertura bajo este contrato.

En cuanto recibamos su solicitud, le proveeremos la siguiente información:

- Una lista de los nombres, direcciones de negocios y las posiciones oficiales de los miembros de la nuestra mesa directiva, los oficiales y miembros; y nuestras más recientes declaraciones financieras anuales, incluyendo la hoja de balances y un resumen de ingresos y egresos
- La información que le proveemos al Estado relativa a las quejas de nuestros consumidores
- Una copia de nuestros procedimientos para mantener confidencialidad de la información de los suscriptores
- Una copia de nuestro formulario de medicamentos. Usted también puede preguntar acerca de la cobertura bajo este contrato de un medicamento en particular.
- Una descripción por escrito de nuestro programa de garantía de calidad
- Una copia de nuestra política médica acerca de los ensayos clínicos de medicamentos experimentales o de investigación, aparatos médicos o tratamientos
- Las afiliaciones de los proveedores con hospitales participantes
- Una copia del criterio para revisiones y en donde sea apropiado, otra información clínica que nosotros consideremos acerca de enfermedades específicas, cursos de tratamiento o reglas generales en las revisiones de utilización
- Procedimientos para las solicitudes por escrito y los mínimos requerimientos de certificación para los proveedores
- Documentos que contienen los procesos, estrategias, estándares probatorios y otros factores utilizados para aplicar una limitación de tratamiento con respecto a los beneficios médicos/ quirúrgicos y beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias según el contrato

17. Notificación

Cualquier notificación que le damos a usted bajo este contrato le será enviada a la dirección que aparece en nuestros records o enviada por correo electrónico, si usted nosotros ha autorizado para ello. Usted también puede solicitarnos una copia de esa notificación. Usted también está de acuerdo también en proveernos la información acerca de cualquier cambio de dirección. Si usted nos notifica de cualquier cambio en su dirección, debe enviarla por correo de primera clase, con el porte pagado a la dirección anotada en su tarjeta de identificación.

18. Recuperación de sobrepagos

En ocasiones, se le puede pagar a usted cuando no se encuentre cubierto por un servicio que no tiene cobertura, o recibirá un pago más alto del costo verdadero. Cuando esto sucede, nosotros le daremos a usted una explicación acerca del problema y usted tendrá que remitirnos la cantidad sobre pagada dentro de 60 después de recibir nuestra notificación. Sin embargo, nosotros no iniciaremos esfuerzos para tratar de recuperar ese sobrepago después de 24 meses a partir de la fecha en que se le hizo el pago original a menos que pensemos de manera razonable que hay un fraude u otra conducta dolosa de su parte.

19. Fecha de renovación

La fecha de renovación para este contrato es 12 meses después de la fecha efectiva del mismo. Este contrato se renovará automáticamente cada año en la fecha de renovación mientras usted permanezca siendo elegible dentro de las estipulaciones del contrato y a menos que sea terminado por nosotros en la forma estipulada dentro del mismo.

20. Derecho para desarrollar normas y regulaciones administrativas

Nosotros podemos desarrollar o adaptar estándares con más detalles para hacer o no pagos dentro de este contrato. Ejemplos del uso de los estándares son para determinar si: los cuidados de salud del paciente hospitalizado fueron médicamente necesarios; si la cirugía para tratar su enfermedad o lesión fue médicamente necesaria; o si ciertos servicios son servicios especializados. Estos estándares no son contrarios a las descripciones estipuladas en este contrato. Si usted tiene una pregunta acerca de los estándares aplicados a un beneficio en particular, usted puede contactarnos y nosotros le explicaremos los estándares o le enviaremos una copia de ellos. Nosotros también hemos desarrollado regulaciones administrativas pertinentes a otras cuestiones acerca de la inscripción y otras de administración. Nosotros debemos tener todos los poderes necesarios o apropiados para permitirnos llevar a cabo nuestras responsabilidades en conexión con la administración de este contrato.

21. Derecho para la compensación

Si nosotros hacemos el pago de una reclamación por usted o en su favor por error o si usted nos debe cualquier cantidad de dinero, usted deberá reembolsarnos ese dinero. Excepto en los casos requeridos por la ley, si nosotros le debemos a usted un pago por otras reclamaciones recibidas, nosotros tenemos el derecho a guardar la diferencia entre las cantidades que usted nos debe de los pagos que nosotros tenemos que hacer para usted.

22. Marcas de servicio

UHCNY, Inc., es una corporación independiente organizada bajo la Ley de Seguros de New York. UHCNY, Inc., también opera bajo licencias con UHCNY, Inc., de licencia a UHCNY, Inc. para el uso de la marca de servicio UHCNY, Inc., en una porción del Estado de New York. UHCNY, Inc., no actúa como un agente de UHCNY, Inc. UHCNY, Inc., es la única parte responsable para las obligaciones creadas dentro de este acuerdo.

23. Divisibilidad

La incapacidad para el cumplimiento o invalidación de cualquier estipulación de este contrato no deberá afectar la validez y la ejecutabilidad del resto del contrato.

24. Cambios significativos en las circunstancias

Si nosotros no podemos arreglar por servicios con cobertura tal y como se estipula en este contrato por eventos más allá de nuestro control, nosotros, actuando en buena fe, haremos arreglos para encontrar alternativas. Estos eventos incluyen desastres de gran magnitud, epidemias, destrucción parcial o total de instituciones, disturbios, insurrecciones civiles, discapacidad de una porción significativa del personal de proveedores participantes o por causas similares. Nosotros intentaremos de manera razonable encontrar arreglos para los servicios cubiertos. Nosotros o nuestros proveedores participantes no serán responsables por el retraso o falla para proveer o arreglar por los servicios cubiertos si dicha falla o retraso es causada por tal evento.

25. Subrogación y reembolso

Estos párrafos se aplican cuando otra parte (incluyendo cualquier seguro) es, o puede encontrarse que es, responsable por su lesión, enfermedad u otra condición y nosotros hemos provisto beneficios relacionados a esa lesión, enfermedad o condición. Tal y como se permite por la ley estatal, a menos de que sea anulada por una ley federal, nosotros subrogaremos todos los derechos de recuperación en contra de esa parte (incluyendo su seguro) por los beneficios que le hemos provisto de acuerdo al presente contrato. La subrogación significa que nosotros tenemos el derecho, independientemente de usted, para proceder directamente en contra de la otra parte para recuperar los beneficios que hemos provisto.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Sujeto a las leyes estatales aplicables, a menos que haya una anulación por una ley federal, nosotros podemos tener el derecho de un reembolso si usted o alguna otra parte recibe pago de la parte responsable (incluyendo su propio seguro) de cualquier cantidad en un acuerdo al que se llegue, veredicto, o proceso por parte de un seguro en conexión con la lesión, enfermedad o condición por la cual nosotros le otorgamos beneficios. Bajo la sección 5-335 de la ley federal de obligaciones de New York, nuestro derecho a recuperación no se aplica a un acuerdo final al que se llega entre la parte que demanda y la parte defensora, a menos que exista un derecho estatutario de reembolso. La ley también provee que, cuando se entra en un acuerdo final, se presume que usted no ha tomado ninguna acción en contra de nuestros derechos o violado cualquier contrato entre usted y nosotros. La ley presume que el acuerdo entre usted y la parte responsable no incluye la compensación por el costo de los servicios de cuidados para la salud para los cuales nosotros proveímos los beneficios.

Nosotros le pedimos que nos notifique dentro de los primeros 30 días a partir de la fecha en que cualquier parte le notificó que otra parte, cualquiera que sea, incluyendo un abogado o una compañía de seguros, comunique su intención para iniciar o investigar la recuperación de daños o para obtener compensación o para obtener una compensación debido a una lesión, enfermedad o condición que usted adquirió y por la cual nosotros le proveímos beneficios. Usted debe proveernos toda la información que le solicitamos nosotros mismos o alguno de nuestros representantes, incluyendo pero no limitándose a todas las solicitudes completas y presentadas u otras formas o declaraciones que nosotros solicitamos en forma razonable.

26. Terceras partes beneficiarias

Este contrato no intenta crear terceras partes beneficiarias y nada en este contrato debe conferir sobre ninguna persona o entidad otra que usted o nosotros beneficios o remedio de cualquier naturaleza dentro o por razones de este contrato; ninguna otra parte puede ejercer acción sobre las estipulaciones en este contrato o buscar cualquier remedio que provenga de, ya sea sus o nuestras actividades o por la falta de ejecutar cualquier porción de este contrato o tratar de presentar una acción o un proceso por el incumplimiento de cualquiera de los términos de este contrato.

27. Límites para una demanda

Ninguna acción legal o en equidad puede imputarse a nosotros antes de la expiración de 60 días después de la presentación por escrito de una reclamación que ha sido servida a nosotros tal y como se especifica en este contrato. Usted puede iniciar cualquier demanda legal en nuestra contra bajo este contrato dentro de los dos (2) primeros años a partir de la fecha en que la reclamación debía presentarse.

28. Servicios de traducción

Los servicios de traducción sin costo se encuentran disponibles bajo este contrato para los suscriptores que no hablan inglés. Por favor llámenos al **1-866-265-1893**, TTY **711**, para ganar acceso a estos servicios.

29. Jurisdicción para el proceso legal

Si una disputa se inicia bajo este contrato, debe resolverse en una corte del Estado de New York. Usted está de acuerdo en no iniciar ninguna demanda legal en nuestra contra en ningún otro lugar. Usted también da su consentimiento para que las cortes del Estado de New York tengan jurisdicción personal sobre usted. Eso significa que, cuando los procedimientos correctos para iniciar una demanda legal en esas cortes se han seguido, las cortes pueden ordenar que usted defienda cualquier acción que nosotros presentemos en su contra.

30. Exención

La exención de cualquiera de las partes en violación de cualquiera de las estipulaciones en este contrato no será interpretada como una exención para cualquier violación subsecuente de la misma o diferente estipulación. La falla de ejercitar cualquier derecho de este punto en adelante, no se tomará como una exención a tal derecho.

31. Quién puede modificar este contrato

Este contrato no puede ser modificado, enmendado o cambiado excepto por escrito y firmado por nuestro Principal Director Ejecutivo (“CEO”); Principal Jefe de Operaciones (“COO”); el Presidente o la persona designada por el CEO; COO; o Presidente. Ningún empleado, agente u otra persona está autorizada para interpretar, enmendar, modificar, o de cualquier otra manera cambiar este contrato en una forma que extienda o limite en todas las áreas de aplicación o condiciones de elegibilidad, inscripción o participación, a menos que sea por escrito y firmado por el CEO, COO, Presidente o la persona designada por el CEO, COO o Presidente.

32. Quién recibe pagos de acuerdo a este contrato

Los pagos bajo este contrato por los servicios provistos por un proveedor participante serán hechos directamente por nosotros al proveedor. Si recibe servicios de un proveedor no participante, nos reservamos el derecho de pagarle a usted o al proveedor. Si asigna los beneficios de una factura inesperada a un proveedor no participante, pagaremos directamente al proveedor no participante. Consulte la sección Cómo funciona su cobertura de este contrato para obtener más información sobre facturas sorpresa.

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

33. No efecto sobre la Compensación a los Trabajadores

La cobertura que se provee bajo este contrato no es en lugar de y no afecta ningunos de los requerimientos de cobertura bajo el seguro o la ley de la Compensación a los Trabajadores.

34. Sus records y reportes médicos

Para proporcionar su cobertura según este contrato, puede ser necesario para nosotros obtener sus expedientes médicos e información de los proveedores que lo trataron. Nuestras acciones para proporcionar esa cobertura incluyen el procesamiento de sus reclamaciones, la revisión de quejas, apelaciones o quejas relacionadas con su atención y las revisiones de garantía de calidad de su atención, ya sea basadas en una queja específica o en una auditoría de rutina de casos seleccionados al azar. Al aceptar la cobertura bajo este contrato, salvo lo prohibido por la ley estatal o federal, usted nos otorga automáticamente a nosotros o a nuestro designado permiso para obtener y usar sus expedientes médicos para esos fines y usted autoriza a todos y cada uno de los proveedores que le presta los servicios a:

- Divulgar a nosotros todos los factores relacionados a sus cuidados, tratamientos y condición física o a un profesional médico, dental o de salud mental que nosotros estaremos asistiéndole a usted en la revisión del tratamiento o reclamación, o en conexión con una queja o en la revisión de la calidad de los cuidados;
- Enviarnos reportes acerca de sus cuidados, tratamientos o condición física o a un profesional médico, dental o de salud mental para que nosotros podamos involucrarnos en la revisión de sus tratamientos o reclamaciones; y
- Permiso para que nosotros obtengamos copias de sus records médicos.

Nosotros estamos de acuerdo en mantener toda su información médica confidencialmente de acuerdo a las leyes federales y estatales para los requerimientos de la confidencialidad. Sin embargo, en la medida permitida por la ley estatal o federal, usted nos otorgó automáticamente permiso para compartir su información con el Departamento de Salud del Estado de New York y otras agencias federales, estatales y locales con autoridad sobre el Essential Plan, organizaciones para la sobrevigilancia de la calidad, y las terceras partes con las cuáles tenemos un contrato para ser asistidos en la administración de este contrato, mientras estas partes estén de acuerdo en mantener su información de acuerdo con los requerimientos estatales y federales de confidencialidad. Si usted quiere rescindir su autorización para la divulgación de su información, por favor llámenos al **1-866-265-1893**, TTY **711**.

35. Sus derechos y responsabilidades

Como miembro, usted tiene derechos y responsabilidades cuando recibe sus cuidados médicos. Como su socio en los cuidados de la salud, queremos asegurarnos de que se respeten sus derechos mientras se le ofrecen sus beneficios de salud. Usted tiene el derecho de obtener la más completa y actualizada información acerca de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de parte de un doctor u otro proveedor en términos que usted pueda comprender. Cuando no sea aconsejable darle a usted esta información, la información debe hacerse disponible para una persona apropiada que esté actuando por usted.

Usted tiene el derecho de recibir la información que necesite de parte de su doctor u otro proveedor para que usted se encuentre bien informado y así poder dar su consentimiento antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento.

Usted tiene el derecho de rehusar tratamientos hasta los límites fijados por la ley y el de ser informado de cualquiera de las consecuencias médicas de esta acción.

Usted tiene el derecho de formular Directivas Anticipadas acerca de sus cuidados.

Usted tiene el derecho de contactar a nuestros proveedores participantes.

Como miembro, también debe asumir un papel activo en sus cuidados. Lo alentamos a que:

- Comprenda sus problemas de salud tan bien como usted pueda y trabaje con sus proveedores para elaborar un plan de tratamiento en el que todos estén de acuerdo;
- Siga el plan de tratamiento que usted haya acordado con sus doctores o proveedores;
- Ofrezca a nosotros, a sus doctores y a otros proveedores la información necesaria para ayudarlo a obtener los cuidados que necesita y todos los beneficios para los que usted es elegible según su contrato. Esto puede incluir información sobre otros beneficios del seguro de salud que tiene junto con su cobertura con nosotros; e
- Informe al New York State Marketplace si hay algún cambio en su nombre o dirección diferente al que se encuentra actualmente anotado en su contrato.

Sección XXV

PROGRAMA DE BENEFICIOS DE UNITEDHEALTHCARE COMMUNITY PLAN

*Para obtener más detalles, consulte la Descripción de Beneficios en el contrato.

Ninguno de los servicios provistos por proveedores no participantes está cubierto excepto aquellos relacionados a los cuidados de emergencia y usted tendrá que pagar por el costo total de los servicios provistos por proveedores no participantes con la excepción de cuidados relacionados a emergencias.

Costos compartidos	Essential Plan 1
Deducible • Individual	\$0
Límite personales • Individual Los deducibles, coseguro y copagos que componen sus límites personales se acumulan por año del plan.	\$2,000
Visitas al consultorio	
Visitas al consultorio para atención Primaria (o visitas al hogar)	\$15
Visitas al consultorio del especialista (o visitas al hogar)	\$25
Cuidados preventivos	
Exámenes físicos anuales para adultos*	Cobertura total
Vacunas para adultos*	Cobertura total
Servicios ginecológicos de rutina/ Exámenes del bienestar para mujeres*	Cobertura total
Mamografías, imágenes para la detección y diagnóstico de cáncer de mama	Cobertura total

Costos compartidos	Essential Plan 1
Cuidados preventivos (continuación)	
Procedimientos de esterilización para las mujeres*	Cobertura total
Vasectomía	Ver sección de Servicios Quirúrgicos
Prueba de densidad ósea*	Cobertura total
Pruebas de detección de cáncer de próstata	Cobertura total
Todos los demás servicios preventivos requeridos por USPSTF y HRSA	Cobertura total
* Cuando los servicios de prevención no son proporcionados de acuerdo a las directrices generales promulgadas por USPSTF y HRSA	Use los costos compartidos para obtener el servicio adecuado (visita al consultorio de atención primaria; visita al consultorio especializado; servicios de radiología de diagnóstico; procedimientos de laboratorio y pruebas de diagnóstico)
Cuidados de emergencia	
Servicios médicos prehospitalarios de emergencia (servicios de ambulancia)	\$75
Servicios de ambulancia no de emergencia Autorización previa requerida	\$75
Departamento de emergencia Copago exento si ingresa en el hospital	\$75 Los exámenes forenses de atención médica realizados en virtud de la Ley de salud pública §2805-i no están sujetos a la participación en los costos
Centro de cuidados de urgencia	\$25

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Costos compartidos	Essential Plan 1
Servicios profesionales y de atención ambulatoria	
Servicios avanzados de imágenes	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizados en un centro independiente o oficina de radiología 	\$25
<ul style="list-style-type: none"> • Realizados en la oficina de un especialista 	\$25
<ul style="list-style-type: none"> • Realizados en un hospital como paciente ambulatorio 	\$25
Autorización previa requerida	
Pruebas y tratamiento de alergias	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizados en el consultorio del PCP 	\$15
<ul style="list-style-type: none"> • Realizado en el consultorio del especialista 	\$25
Tarifa del centro de cirugía ambulatoria	\$50
Servicios de anestesia (todas las localidades)	Cobertura total
Banco de sangre autóloga	Coseguro de 5%
Rehabilitación cardíaca y pulmonar	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizada en el consultorio de un especialista 	\$25
<ul style="list-style-type: none"> • Realizada en el hospital como paciente ambulatorio 	\$25
<ul style="list-style-type: none"> • Realizada como paciente hospitalizado 	Incluida como parte de los costos compartidos para servicios para pacientes hospitalizados

Costos compartidos	Essential Plan 1
Servicios profesionales y de atención ambulatoria (continuación)	
Quimioterapia e inmunoterapia	
• Realizada en el consultorio del PCP	\$15
• Realizada en el consultorio de un especialista	\$15
• Realizada en el hospital como paciente ambulatorio	\$15
• Realizado en casa	\$15
• Medicamentos de quimioterapia e inmunoterapia	\$15
Servicios quiroprácticos	\$25
Ensayos clínicos Autorización previa requerida	Use el costo compartido para el servicio indicado
Pruebas de diagnóstico	
• Realizada en el consultorio del PCP	\$15
• Realizada en el consultorio de un especialista	\$25
• Realizada en el hospital como paciente ambulatorio	\$25
Diálisis	
• Realizado en el consultorio del PCP	\$15
• Realizado en el consultorio de un especialista o centro independiente	\$15
• Realizado en el hospital como paciente ambulatorio	\$15
• Realizado en el hogar	\$15

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Costos compartidos	Essential Plan 1
Servicios profesionales y de atención ambulatoria (continuación)	
<p>Servicios de habilitación (Terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla)</p> <p>60 visitas por enfermedad, por las terapias combinadas por año del plan</p>	\$15
<p>Atención médica a domicilio 40 visitas por año del plan</p> <p>Autorización previa requerida</p>	\$15
<p>Servicios de infertilidad Autorización previa requerida</p>	Use el costo compartido para el servicio indicado (consultorio, servicios de radiología de diagnósticos; cirugía; procedimientos de laboratorio y diagnóstico)
<p>Terapia de Infusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración <ul style="list-style-type: none"> – Realizado en el consultorio del PCP – Realizado en el consultorio de un especialista – Realizado en el hospital como paciente ambulatorio – Terapia de infusión (inicio de infusión cuenta para los límites de visitas de atención médica a domicilio) – Medicación de terapia de infusión <p>Autorización previa requerida</p>	<p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p>

Costos compartidos	Essential Plan 1
Servicios profesionales y de atención ambulatoria (continuación)	
Visitas médicas para pacientes hospitalizados	\$0 por admisión
Interrupción del embarazo <ul style="list-style-type: none"> • Abortos médicamente necesarios Sin límite • Abortos electivos Un (1) procedimiento por año del plan 	Cobertura total Vea costos compartidos en Servicios de cirugía
Procedimientos de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • Realizado en el consultorio del PCP • Realizado en el consultorio de un especialista • Realizado en un laboratorio independiente • Realizado en el hospital como paciente ambulatorio 	\$15 \$25 \$25 \$25

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Costos compartidos	Essential Plan 1
Servicios profesionales y de atención ambulatoria (continuación)	
Cuidados de maternidad y del recién nacido	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados prenatales 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un hospital o centro de nacimiento para pacientes ambulatorios Una (1) visita de atención domiciliaria está cubierta sin costo compartido si la madre es dada de alta del hospital temprano 	\$150 cada admisión
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos y parteras para el parto 	\$50
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo, asesoramiento y suministros de lactancia materna, incluidos los extractores de leche Cubierto por la duración de la lactancia 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados postnatales Autorización previa requerida para extractores de leche con valor de más de \$500 	Incluidos en los costos compartidos de Servicios de médicos y parteras para el parto
Tarifa del hospital para cirugía para pacientes ambulatorios	\$50
Prueba preadmisión	\$0

Costos compartidos	Essential Plan 1
Servicios profesionales y de atención ambulatoria (continuación)	
<p>Medicamentos de receta administrados en la oficina o centro para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración <ul style="list-style-type: none"> – Administrado en la oficina de un PCP \$15 – Administrado en la oficina de un especialista \$25 – Administrado en un centro para pacientes ambulatorios \$25 – Costos compartidos para medicamentos de receta \$15 <p>Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos. Consulte la Lista de Medicamentos Preferidos de su plan.</p>	
<p>Servicios de radiología diagnóstica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizado en el consultorio del PCP \$15 • Realizado en el consultorio de un especialista \$25 • Realizado en un centro de radiología independiente \$25 • Realizado en el hospital como paciente ambulatorio \$25 	

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Costos compartidos	Essential Plan 1
Servicios profesionales y de atención ambulatoria (continuación)	
<p>Servicios de radiología terapéutica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizado en el consultorio de un especialista • Realizado en un centro de radiología independiente • Realizado en el hospital como paciente ambulatorio <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p>
<p>Servicios de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)</p> <p>(60 visitas por enfermedad, por año del plan terapias combinadas)</p> <p>Terapia del habla y la fisioterapia solo están cubiertas después de una hospitalización o cirugía</p>	<p>\$15</p>
<p>Segundas opiniones sobre el diagnóstico de cáncer, cirugía y otros</p>	<p>\$25</p>

Costos compartidos	Essential Plan 1
Servicios profesionales y de atención ambulatoria (continuación)	
<p>Servicios quirúrgicos (incluyendo cirugía oral, cirugía reconstructiva de mama; otras cirugías reconstructivas y correctivas; y trasplantes)</p> <p>Todos los trasplantes deben realizarse en instalaciones designadas como Centros de Excelencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía para pacientes hospitalizados • Cirugía para pacientes ambulatorios • Cirugía realizada en un centro quirúrgico ambulatorio • Cirugía en el consultorio <p>Autorización previa requerida</p>	<p>\$50</p> <p>\$50</p> <p>\$50</p> <p>\$15 (cuando se realiza en el consultorio del PCP) \$25 (cuando se realiza en el consultorio de un especialista)</p>
Otros servicios, equipos y dispositivos	
<p>Tratamiento ABA para el trastorno del espectro autista</p> <p>Autorización previa requerida</p>	<p>\$15</p>
<p>Dispositivos asistentes de comunicación para el trastorno del espectro autista</p> <p>Autorización previa requerida</p>	<p>\$15</p>
<p>Equipo, suministros y educación de autocontrol para diabéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo, suministros e insulina para diabéticos (suministro de 30 días; hasta un suministro de 90 días) • Educación para diabetes 	<p>\$15</p> <p>\$15</p>

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Costos compartidos	Essential Plan 1
Otros servicios, equipos y dispositivos (continuación)	
Equipo médico duradero y frenos para dientes Autorización previa requerida	Costo compartido de 5%
Aparatos externos de oído (compra única — uno cada tres (3) años)	Costo compartido de 5%
Implantes cocleares (compra única — uno (1) por oído por el tiempo cubierto) Autorización previa requerida	Costo compartido de 5%
Cuidados de hospicio <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes hospitalizados • Pacientes externos 210 días por año del plan Cinco (5) visitas para asesoramiento de duelo familiar	\$150 \$15
Suministros médicos Autorización previa requerida	Coseguro de 5%
Dispositivos de prótesis <ul style="list-style-type: none"> • Externos Una (1) prótesis de por vida, por cada extremidad, y los costos de reparación y reemplazo de dispositivos protésicos y sus partes • Internos Autorización previa requerida	Coseguro de 5% Incluido como el costo compartido de Pacientes hospitalizados

Costos compartidos	Essential Plan 1
Servicios e instalaciones para pacientes hospitalizados	
<p>Hospitalización para una hospitalización continua (incluyendo una estadía en el hospital para mastectomías, rehabilitación cardíaca y pulmonar y cuidados en el término de vida)</p> <p>Autorización previa requerida. Sin embargo, la Autorización previa no es necesaria para las admisiones de emergencia.</p>	\$150
<p>Estadía de Observación</p> <p>El copago no se aplica si la observación es una transferencia directa del centro la cirugía ambulatoria</p>	\$75
<p>Centro de enfermería especializada (incluyendo rehabilitación cardíaca y pulmonar)</p> <p>200 días al año del plan</p> <p>El copago no se aplica si un paciente hospitalizado se transfiere directamente a un centro de enfermería especializada</p> <p>Autorización previa requerida</p>	\$150
<p>Servicios de habilitación para pacientes hospitalizados (Terapia física, del habla y ocupacional)</p> <p>60 días de terapias combinadas por año del plan</p> <p>Autorización previa requerida</p>	\$150

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Costos compartidos	Essential Plan 1
Servicios e instalaciones para pacientes hospitalizados (continuación)	
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados (Terapias física, del habla y ocupacional) 60 días de terapias combinadas por año del plan Autorización previa requerida</p>	\$150
Servicios de salud mental y trastornos del uso de sustancias	
<p>Cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados incluyendo el tratamiento residencial (para una hospitalización continua en un hospital) Se requiere autorización previa. Sin embargo, la Autorización previa no es requerida para admisiones de emergencia.</p>	\$150
<p>Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios (incluyendo hospitalización parcial y Servicios de un programa intensivo para pacientes ambulatorios)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio • Todos los demás servicios ambulatorios <p>Autorización previa requerida</p>	<p>\$15</p> <p>\$15</p> <p>\$15</p>

Costos compartidos	Essential Plan 1
Servicios de salud mental y trastornos del uso de sustancias (continuación)	
<p>Servicios para el uso de sustancias para pacientes hospitalizados (para una hospitalización continua en un hospital)</p> <p>Se requiere autorización previa. Sin embargo, la Autorización previa no es requerida para admisiones de emergencia o para admisiones a instituciones participantes certificadas por OASAS.</p>	\$150
<p>Servicios para el uso de sustancias para pacientes ambulatorios (incluida la hospitalización parcial, los servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios y el tratamiento asistido por medicamentos)</p> <p>Se pueden usar hasta 20 visitas por año del plan para asesoramiento familiar</p> <p>Autorización previa requerida</p>	\$15

Contrato del Suscriptor de New York Essential Plan 1

Costos compartidos	Essential Plan 1
<p>Medicamentos con receta Ciertos medicamentos recetados no están sujetos a costos compartidos cuando se brindan de acuerdo con las guías completas respaldadas por HRSA o si el artículo o servicio tiene una calificación “A” o “B” del USPSTF y se obtiene en una farmacia participante.</p>	
<p>Farmacia minorista Suministro de 30 días</p> <p>Nivel 1</p> <p>Nivel 2</p> <p>Nivel 3</p> <p>No se requiere una autorización previa para un medicamento recetado cubierto que es utilizado para tratar desórdenes por el consumo de sustancias, incluyendo un medicamento recetado para controlar la abstinencia y/o estabilización de opiáceos y para la reversión de la sobredosis de opiáceos.</p>	<p>\$6</p> <p>\$15</p> <p>\$30</p>
<p>Farmacia por correo Hasta un suministro de 90 días</p> <p>Nivel 1</p> <p>Nivel 2</p> <p>Nivel 3</p>	<p>\$15</p> <p>\$37.50</p> <p>\$75</p>
<p>Formulas Enterales</p> <p>Nivel 1</p> <p>Nivel 2</p> <p>Nivel 3</p>	<p>\$6</p> <p>\$15</p> <p>\$30</p>
<p>Beneficios para el bienestar</p>	
<p>Reembolso del gimnasio</p>	<p>Hasta \$400 por año del plan, \$200 por período de 6 meses después de asistir a 50 visitas en un período de 6 meses</p>

Costos compartidos	Essential Plan 1
Cuidados dentales y de la visión	
<p>Cuidados dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados dentales preventivos • Cuidados dentales de rutina • Servicios dentales mayores (endodoncia, periodoncia y ortodoncia protética) <ul style="list-style-type: none"> - Un (1) examen dental y limpieza por período de seis (6) meses - Radiografías de toda la boca o radiografías panorámicas a intervalos de 36 meses y radiografías de aleta de mordida a intervalos de seis (6) a 12 meses <p>La ortodoncia y los servicios dentales mayores requieren Autorización previa</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Cuidados de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes • Lentes y marcos • Lentes de contacto <p>Un (1) examen por año del plan</p> <p>Un (1) lente recetado y marcos por año del plan</p> <p>Los lentes de contacto requieren Autorización Previa</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>

Todas las solicitudes para autorizaciones previas dentro de nuestra red son la responsabilidad de su proveedor participante. Usted no será penalizado por la falla de un proveedor participante de no obtener una autorización previa requerida. Sin embargo, si los servicios no tienen cobertura bajo este contrato, usted será el responsable por el costo total de estos servicios.



NOTIFICACIÓN DE LA NO-DISCRIMINACIÓN

UnitedHealthcare Community Plan cumple con los requisitos fijados por las leyes Federales de los derechos civiles. UnitedHealthcare Community Plan no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

UnitedHealthcare Community Plan provee lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos de ayuda para las personas con discapacidades en su comunicación con nosotros, con:
 - Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
 - Información por escrito en diferentes formatos (letras de mayor tamaño, audición, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos con diversos idiomas para personas para quienes el inglés no es su lengua materna, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información impresa en diversos idiomas

Si usted necesita estos servicios, por favor llame gratuitamente al número anotado en su tarjeta de identificación como miembro.

Si usted piensa que UnitedHealthcare Community Plan no le ha brindado estos servicios o le han tratado a usted de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Coordinador de los Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator) haciéndolo por:

Correo: Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130

Correo electrónico: **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

Usted también puede presentar una queja acerca de sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por:

Internet: Sitio en internet para la Oficina de Derechos Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Correo: U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Teléfono: Gratuitamente al 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Tales como, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-866-265-1893**, TTY **711**, 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes.

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-265-1893 TTY/711.

English

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-265-1893 TTY/711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-265-1893 TTY/711.	Spanish/Español
注意：您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-265-1893 TTY/711。	Chinese/中文
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-265-1893 رقم هاتف الصم والبكم 711/TTY	Arabic/اللغة العربية
주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-866-265-1893 TTY/711로 전화하시기 바랍니다.	Korean/한국어
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-265-1893 (телетайп: TTY/711).	Russian/Русский
ATTENZIONE: Nel caso in cui la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il 1-866-265-1893 TTY/711.	Italian/Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-265-1893 TTY/711.	French/Français
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-265-1893 TTY/ 711.	French Creole/ Kreyòl ki soti nan Fransè
אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סעריסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-265-1893 TTY/711	Yiddish/אידיש
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-265-1893 TTY/711.	Polish/Polski
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyong pantulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-265-1893 TTY/711	Tagalog
দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনার ভাষা বাংলা হয়, তাহলে আপনি বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পাবেন। 1-866-265-1893 TTY/711 নম্বরে ফোন করুন।	Bengali/বাংলা
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-265-1893 TTY/711.	Albanian/Shqip
Προσοχή: Στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-265-1893 TTY/711.	Greek/ Ελληνικά
توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-265-1893 TTY/711.	اردو/Urdu

Estamos aquí para usted

Recuerde, siempre estaremos listos para responder a cualquier pregunta que tenga. Solo necesita llamar a Servicios para Miembros al **1-866-265-1893**, TTY **711**, de 8 a.m. a 6 p.m., lunes a viernes. Usted también puede visitarnos en internet en la dirección: **myuhc.com/CommunityPlan**.

UnitedHealthcare Community Plan of New York
77 Water Street, 14th Floor
New York, NY 10005

myuhc.com/CommunityPlan

1-866-265-1893, TTY 711

