



Este es Su

**CONTRATO DEL  
PLAN ESENCIAL**

Emitido por

**Affinity Health Plan**

Este es Su Contrato individual para la cobertura del Plan Esencial emitido por Affinity Health Plan. Este Contrato, junto al Esquema de beneficios, las solicitudes y toda enmienda o cláusula que enmiende las condiciones de este Contrato, constituyen todo el acuerdo entre Usted y Nosotros.

Usted tiene derecho a devolver este Contrato. Examínelo cuidadosamente. Si no está satisfecho, puede devolvernos este Contrato y solicitarnos que lo cancelemos. Su solicitud debe hacerse por escrito dentro del plazo de diez (10) días desde la fecha en que Usted recibe este Contrato. Le reembolsaremos cualquier Prima que haya pagado, incluidos los costos del Contrato u otros cargos.

**Renovabilidad.** La fecha de renovación de este Contrato es doce meses después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Este Contrato se renovará automáticamente cada año en la fecha de renovación, a menos que Nosotros lo finalicemos según lo permite este Contrato, o Usted lo finalice mediante el envío de un aviso 30 días antes por escrito a Nosotros.

**Beneficios dentro de la red.** Este Contrato solo cubre beneficios dentro de la red. Para recibir los beneficios dentro de la red, Usted debe recibir atención exclusivamente de Proveedores participantes de Nuestra red que están ubicados dentro de Nuestra Área de servicio. Su Médico de atención primaria debe proporcionar, programar o autorizar por adelantado la atención Cubierta conforme a lo estipulado en este Contrato (incluida la Hospitalización) y, cuando sea necesario, también debe ser aprobada por Nosotros. Para recibir los beneficios estipulados por este Contrato, debe comunicarse con Su Médico de atención primaria antes de obtener estos servicios, excepto en el caso de servicios para tratar una Afección que causa una emergencia o una urgencia descrita en la sección Servicios de emergencia y Atención de urgencia de este Contrato. Excepto en el caso de atención de una Afección que causa una emergencia o una urgencia descrita en la sección Servicios de emergencia y Atención de urgencia de este Contrato, Usted será responsable de pagar el costo de toda la atención que brinden Proveedores no participantes.

**LEA ESTE CONTRATO POR COMPLETO CUIDADOSAMENTE. ES SU RESPONSABILIDAD COMPRENDER LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE CONTRATO.**

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

Michael Murphy, Director general  
de Affinity Health Plan

## ÍNDICE

<b>SECCIÓN I Definiciones</b> .....	<b>3</b>
<b>SECCIÓN II Cómo funciona Su cobertura</b> .....	<b>10</b>
Proveedores participantes.....	10
El rol de los Médicos de Atención Primaria.....	10
Servicios sujetos a Autorización previa.....	12
Necesidad médica.....	12
Números de teléfono y direcciones importantes.....	15
<b>SECCIÓN III Acceso a la atención y atención de transición</b> .....	<b>17</b>
<b>SECCIÓN IV Gastos de Costo compartido y Monto permitido</b> .....	<b>20</b>
<b>SECCIÓN V Quién está cubierto</b> .....	<b>21</b>
<b>SECCIÓN VI Atención preventiva</b> .....	<b>22</b>
<b>SECCIÓN VII Ambulancia y servicios médicos prehospitalarios de emergencia</b> ..	<b>26</b>
<b>SECCIÓN VIII Servicios de emergencia y Atención de urgencia</b> .....	<b>28</b>
<b>SECCIÓN IX Servicios profesionales y para pacientes externos</b> .....	<b>31</b>
<b>SECCIÓN X Beneficios, equipos y dispositivos adicionales</b> .....	<b>40</b>
<b>SECCIÓN XI Servicios para pacientes internados</b> .....	<b>48</b>
<b>SECCIÓN XII Servicios de atención a la salud mental y de uso de sustancias</b> .....	<b>52</b>
<b>SECCIÓN XIII Cobertura para Medicamentos con receta</b> .....	<b>55</b>
<b>SECCIÓN XIV Beneficios de bienestar</b> .....	<b>68</b>
<b>SECCIÓN XV Atención para la vista de rutina</b> .....	<b>70</b>
<b>SECCIÓN XVI Atención dental</b> .....	<b>71</b>
<b>SECCIÓN XVII Exclusiones y limitaciones</b> .....	<b>73</b>
<b>SECCIÓN XVIII Determinaciones de reclamaciones</b> .....	<b>76</b>
<b>SECCIÓN XIX Procedimientos de Reclamo</b> .....	<b>79</b>
<b>SECCIÓN XX Revisión de utilización</b> .....	<b>81</b>
<b>SECCIÓN XXI Apelación externa</b> .....	<b>90</b>
<b>SECCIÓN XXII Finalización de la cobertura</b> .....	<b>95</b>
<b>SECCIÓN XXIII Derechos de suspensión temporal para miembros de las fuerzas armadas</b> .....	<b>97</b>
<b>SECCIÓN XXIV Disposiciones generales</b> .....	<b>98</b>
<b>SECCIÓN XXV Esquema de beneficios</b> .....	<b>106; Fin del contrato</b>

## SECCIÓN I

### Definiciones

Los términos que se definen a continuación aparecerán con mayúscula en todo este Contrato.

**Afección que causa una emergencia:** una afección médica o conductual que se presenta con síntomas Agudos de suficiente gravedad, incluido dolor grave, de tal forma que una persona prudente, con conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar de forma razonable que la falta de atención médica inmediata provoque lo siguiente:

- poner en grave riesgo la salud de la persona perjudicada con esa afección, o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer, o, si se tratara de una afección conductual, poner en grave riesgo la salud de dicha persona o de otras;
- un deterioro grave de las funciones corporales de esa persona;
- una disfunción grave de un órgano o de una parte del cuerpo de esa persona; o
- una deformación grave de la persona.

**Agencia de atención médica a domicilio:** una organización actualmente certificada o autorizada por el estado de Nueva York o el estado en el que funciona y brinda los servicios de atención médica a domicilio.

**Agente de apelaciones externas:** una entidad que ha sido certificada por el Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York para realizar apelaciones externas en conformidad con la ley de Nueva York.

**Agudo:** el comienzo de una enfermedad o lesión, o un cambio en la afección del Suscriptor que requeriría atención médica de inmediato.

**Año del plan:** el período de 12 meses que comienza en la fecha de entrada en vigencia del Contrato o cualquier fecha aniversario a partir de allí, durante el cual el Contrato se encuentra vigente.

**Apelación:** una solicitud para que Nosotros revisemos una decisión de Revisión de utilización o un Reclamo nuevamente.

**Área de servicio:** el área geográfica, designada por Nosotros y aprobada por el estado de Nueva York, en la que Nosotros brindamos cobertura. Nuestra Área de servicio está compuesta por: condado de Bronx, condado de Kings, condado de Nueva York (Manhattan), condado de Nassau, condado de Orange, condado de Queens, condado de Richmond, condado de Rockland, condado de Suffolk y condado de Westchester.

**Atención de urgencia:** atención médica para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave para necesitar Atención del Departamento de

emergencias. La Atención de urgencia puede proporcionarse en el consultorio de un Médico participante o en un Centro de Atención de urgencia.

**Atención del Departamento de emergencias:** Servicios de emergencia que Usted recibe en el departamento de emergencias de un Hospital.

**Atención en un Hospicio:** atención para brindar comodidad y asistencia a personas en las últimas etapas de enfermedades terminales y a sus familias, que se brinda en una organización de hospicio certificada en cumplimiento con el Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de Nueva York o con un proceso de certificación similar exigido por el estado en el que la organización de hospicio está ubicada.

**Atención hospitalaria para pacientes externos:** atención en un Hospital que generalmente no requiere estadía durante la noche.

**Autorización previa:** una decisión Nuestra antes de que Usted reciba un Servicio Cubierto, procedimiento, plan de tratamiento, dispositivo o Medicamento con receta sobre si el Servicio Cubierto, procedimiento, plan de tratamiento, dispositivo o Medicamento con receta es Médicamente necesario. Indicamos qué Servicios Cubiertos requieren Autorización previa en la sección Esquema de beneficios de este Contrato.

**Centro:** un Hospital, Centro quirúrgico ambulatorio, centro de maternidad, centro de diálisis, Centro para rehabilitación, Centro de atención de enfermería especializada, hospicio, Agencia de atención médica a domicilio, o agencia de servicios de atención médica a domicilio certificada o autorizada en conformidad con el Artículo 36 de la Ley de Salud Pública de Nueva York; un centro de atención médica integral para trastornos alimenticios en cumplimiento con el Artículo 27-J de la Ley de Salud Pública de Nueva York y un Centro definido en las secciones 1.03(10) y (33) de la Ley de Salud Mental de Nueva York, certificado por la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Uso de Sustancias, o certificado en conformidad con el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de Nueva York (o, en otros estados, un Centro certificado o autorizado de manera similar). Si Usted recibe tratamiento para un trastorno de uso de sustancias fuera del estado de Nueva York, un Centro también incluye aquellos acreditados por la Comisión Conjunta para proporcionar un programa de tratamiento para un trastorno de uso de sustancias.

**Centro de atención de enfermería especializada:** una institución o una parte diferenciada de una institución que está actualmente autorizada o aprobada por la ley local o estatal; está dedicada principalmente a proporcionar atención de enfermería especializada y servicios relacionados, como un Centro de atención de enfermería especializada, un Centro de atención extendida o un Centro de atención de enfermería aprobado por la Comisión Conjunta, o el Departamento de Hospitales de American Osteopathic Association, o como un Centro de atención de enfermería especializada según Medicare; o está determinada por Nosotros de otra manera para cumplir con los estándares de cualquiera de estas autoridades.

**Centro de Atención de urgencia:** un Centro autorizado que proporciona Atención de urgencia.

**Centro quirúrgico ambulatorio:** un Centro actualmente autorizado por la agencia reguladora estatal correspondiente para la provisión de servicios médicos quirúrgicos y relacionados para pacientes externos.

**Contrato:** este Contrato emitido por Affinity Health Plan, que incluye el Esquema de Beneficios y cualquier cláusula adjunta.

**Copago:** una cantidad fija que Usted paga directamente a un Proveedor por un Servicio Cubierto cuando Usted recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de Servicio Cubierto.

**Coseguro:** Su parte de los costos de un Servicio Cubierto, calculado como el porcentaje del Monto permitido por el servicio que Usted debe pagarle a un Proveedor. La cantidad puede variar según el tipo de Servicio Cubierto.

**Costo compartido:** montos que Usted debe pagar por Servicios Cubiertos, expresados como Copagos y Coseguros.

**Cubrir, Cubierto/a o Servicios Cubiertos:** los servicios Médicamente necesarios pagados, programados o autorizados para Usted por Nosotros en conformidad con los términos y condiciones de este Contrato.

**Equipo médico duradero (DME):** Equipo que:

- está diseñado y tiene como objetivo el uso repetido;
- se utiliza principal y generalmente con fines médicos;
- no suele ser útil para una persona que no tenga una enfermedad o lesión; y
- es adecuado para utilizar en el hogar.

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

**Esquema de beneficios:** la sección de este Contrato que describe los Copagos, Coseguros, los Límites de Gastos que paga de Su bolsillo, los requisitos de Autorización previa y otros límites a los Servicios Cubiertos.

**Exclusiones:** servicios de atención médica que no pagamos ni Cubrimos.

**Facturación de saldos:** cuando un Proveedor no participante le hace una factura a Usted por la diferencia entre el costo de un Proveedor no participante y el Monto permitido. Un Proveedor participante no debe presentarle Facturación de saldos a Usted por Servicios Cubiertos.

**Hospital:** un Hospital general, para afecciones agudas y de corto plazo que:

- está principalmente involucrado en la provisión, por parte de Médicos o bajo su continua supervisión, para pacientes de servicios de diagnóstico o de servicios terapéuticos para diagnóstico, tratamiento y atención de personas lesionadas o enfermas;

- cuenta con departamentos organizados de medicina y cirugías importantes;
- establece el requisito de que cada paciente debe estar bajo la atención de un Médico o un dentista;
- brinda un servicio de enfermería las 24 horas proporcionado por un enfermero profesional matriculado (RN) o bajo su supervisión;
- si está ubicado en el estado de Nueva York, tiene un plan de revisión de la Hospitalización en vigencia aplicable a todos los pacientes y que cumple, como mínimo, con los estándares establecidos en la sección 1395x(k) del Título 42 del Código de los Estados Unidos (USC);
- está debidamente autorizado por la agencia responsable de autorizar dichos Hospitales; y
- no es, a menos que sea de manera accidental, un lugar de descanso, un lugar principalmente para el tratamiento de la tuberculosis, un lugar para ancianos, un lugar para personas con drogadicción o alcoholismo, o un lugar para atención convaleciente, asistencial, educativa o de rehabilitación.

Hospital no se refiere a complejos de salud, *spas* o enfermerías en escuelas o campamentos.

**Hospitalización:** atención en un Hospital que requiere un ingreso como paciente internado y generalmente requiere una estadía durante la noche.

**Inmigrante que está legalmente en el país:** la frase "que está legalmente en el país" incluye a inmigrantes que poseen:

- estado de inmigración de "no ciudadano calificado" sin período de espera;
- estados o circunstancias humanitarias (incluidos Estado de Protección Temporal, Estado de Inmigrante Juvenil Especial, solicitantes de asilo, Convención contra la Tortura, víctimas de contrabando);
- visas válidas que no sean de inmigración;
- estado legal conferido por otras leyes (estado de residente temporal, ley de Equidad para las Familias de Inmigrantes Legales [LIFE], individuos de Family Unity). Para consultar la lista completa de estados de inmigración elegibles, visite el sitio web [www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status/](http://www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status/) o llame a NY State of Health al 1.855.355.5777.

**Límite de Gastos que paga de Su bolsillo:** lo máximo que Usted paga durante un Año del plan en Costo compartido antes de que Nosotros comencemos a pagar el 100% del Monto permitido por los Servicios Cubiertos. Este límite nunca incluye Su Prima, Sus cargos de Facturación de saldos o el costo de servicios de atención médica que Nosotros no Cubrimos.

**Medicamento necesario:** consulte la sección Cómo funciona Su cobertura de este Contrato para ver la definición de este término.

**Medicamentos con receta:** un medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y que puede, en conformidad con leyes estatales o federales, distribuirse solo mediante la presentación de un pedido de receta o repetición de surtido y que está en Nuestro formulario. Los

Medicamentos con receta incluyen a aquellos que, debido a sus características, son apropiados para autoadministración, o para que los administre un cuidador sin capacitación profesional.

**Medicare:** Título XVIII de la Ley del Seguro Social, tal como fue enmendada.

**Médico de atención primaria (PCP):** un profesional en enfermería o Médico participante que generalmente es un Médico de medicina interna o de familia y que le proporciona directamente o coordina una serie de servicios de atención médica a Usted.

**Médico o Servicios de un Médico:** servicios de atención médica que un médico (abreviado Dr./Dra. o DO: médico osteópata) autorizado brinda o coordina.

**Monto permitido:** el monto máximo en la que se basa Nuestro pago por los Servicios Cubiertos. Consulte la sección Gastos de Costo compartido y Monto permitido de este Contrato para conocer cómo se calcula el Monto permitido.

**New York State of Health (NYSOH):** New York State of Health, el mercado oficial de planes de salud. NYSOH es un mercado en el que personas, familias y pequeñas empresas pueden conocer sus opciones de seguros de salud; comparar planes en cuanto a costos, beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir ayuda financiera con primas y costos compartidos en función de los ingresos y elegir un plan; e inscribirse para la cobertura. NYSOH también asiste a los consumidores elegibles para inscribirse en otros programas, entre ellos Medicaid, Child Health Plus y el Plan Esencial.

**Nivel Federal de Pobreza (FPL):** una medida del nivel de ingresos publicada anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Los niveles federales de pobreza se utilizan para determinar su elegibilidad para ciertos programas y beneficios, incluido el Plan Esencial, y se actualizan anualmente.

**Nos, Nosotros, Nuestro:** Affinity Health Plan y cualquier persona a quien Nosotros deleguemos legalmente la acción en Nuestro nombre conforme a este Contrato.

**Prima:** el monto que debe pagarse por Su cobertura de seguro de salud.

**Profesional de atención médica:** un médico, dentista, oculista, quiropráctico, psicólogo, asistente social, podiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, partera, patólogo del habla y del lenguaje, audiólogo, farmacéutico o analista conductual autorizado, registrado o certificado de manera adecuada, o cualquier otro Profesional de atención médica autorizado, registrado o certificado en conformidad con el Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York (o una ley comparable de otro estado, si corresponde) que la Ley de Seguro Médico de Nueva York requiera que se reconozca que cobre y facture a pacientes por los Servicios Cubiertos. Los servicios del Profesional de atención médica deben brindarse dentro del alcance legal de la práctica para ese tipo de Proveedor para que estén cubiertos por lo estipulado en este Contrato.

**Proveedor:** un Médico, Profesional de atención médica o Centro autorizados, registrados, certificados o acreditados según lo estipula la ley estatal. Un Proveedor también incluye a un vendedor o distribuidor de equipos y suministros para tratamientos de diabetes, equipo médico duradero, suministros médicos, o cualquier otro equipo o suministro Cubierto por este Contrato que esté autorizado, registrado, certificado o acreditado según lo estipula la ley estatal.

**Proveedor no participante:** un Proveedor que no tiene un contrato con Nosotros para brindarle servicios a Usted. Los servicios de Proveedores no participantes están Cubiertos solo en caso de Servicios de emergencia o cuando sea autorizado por Nosotros.

**Proveedor participante:** un Proveedor que tiene un contrato con Nosotros para brindarle servicios a Usted. Una lista de los Proveedores participantes y sus ubicaciones se encuentra disponible en Nuestro sitio web <http://providerlookup.affinityplan.org> o si Usted Nos lo solicita. Nosotros revisaremos la lista de manera periódica.

**Reclamo:** una queja que Usted Nos comunica que no implica una determinación de Revisión de utilización.

**Remisión:** una autorización proporcionada a un Proveedor participante por parte de otro Proveedor participante (generalmente de un PCP a un Especialista participante) con el objetivo de programar atención adicional para el Suscriptor. A excepción de lo estipulado en la sección Acceso a la atención y atención de transición de este Contrato o a excepción de que Nosotros autoricemos lo contrario, no se harán Remisiones a un Proveedor no participante.

**Revisión de utilización:** la revisión para determinar si los servicios son o fueron Médicamente necesarios, experimentales o para investigación (es decir, tratamiento para una enfermedad rara o un ensayo clínico).

**Servicios de emergencia:** un examen médico de detección que se encuentra dentro de la prestación del departamento de emergencias de un Hospital, que incluye servicios auxiliares disponibles de manera rutinaria para que el departamento de emergencias evalúe dicha Afección que causa una emergencia, y dentro de las prestaciones del personal y las instalaciones disponibles en el Hospital, como otros exámenes médicos y tratamientos necesarios para estabilizar al paciente. "Estabilizar" significa proporcionar tratamiento médico para una Afección que causa una emergencia según sea necesario para garantizar que, dentro de las probabilidades médicas razonables, no se generará deterioro material de la afección ni será consecuencia de la transferencia del paciente de un Centro, o del parto de un recién nacido (incluida la expulsión de la placenta).

**Servicios de Habilitación:** servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y funciones para la vida diaria. Los Servicios de Habilitación abarcan el manejo de limitaciones y discapacidades, incluidos servicios o programas que ayudan a mantener o prevenir el deterioro de la función física, cognitiva o conductual. Estos servicios consisten en fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla.



**Servicios de Rehabilitación:** servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar capacidades y funciones para la vida diaria perdidas o disminuidas debido a enfermedad, lesiones o discapacidad. Estos servicios consisten en fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla en entornos para pacientes internados y externos.

**Suscriptor:** la persona para quien se emite este Contrato. Siempre que se requiera que un Suscriptor proporcione un aviso correspondiente a un Reclamo, o un ingreso o una visita al Departamento de emergencias, "Suscriptor" también hace referencia a la persona designada por el Suscriptor.

**UCR (Usual, Habitual y Razonable):** el costo de un servicio médico en un área geográfica en función de lo que los Proveedores en esa área suelen cobrar por el mismo servicio médico o un servicio similar.

**Usted, Su:** el Suscriptor.

## SECCIÓN II

### Cómo funciona Su cobertura

#### **A. Su cobertura según este Contrato.**

Usted ha adquirido o fue inscrito en un Plan Esencial. Le proporcionaremos los beneficios descritos en este Contrato. Debe conservar este Contrato junto con otros documentos importantes para que esté disponible en caso de que Usted necesite consultarlo.

#### **B. Servicios Cubiertos.**

Recibirá Servicios Cubiertos según los términos y condiciones de este Contrato solo cuando el Servicio Cubierto:

- sea Medicamento necesario;
- sea proporcionado por un Proveedor participante;
- se mencione como un Servicio Cubierto;
- no exceda los límites de beneficios descritos en la sección Esquema de beneficios de este Contrato; y
- Usted lo reciba mientras Su Contrato se encuentre en vigencia.

Cuando Usted se encuentra fuera de Nuestra Área de servicio, la cobertura se limita a los Servicios de emergencia, los Servicios médicos prehospitalarios de emergencia y los servicios de ambulancia para tratar Su Afección de emergencia.

#### **C. Proveedores participantes.**

Para saber si un Proveedor es un Proveedor participante:

- consulte Su directorio de Proveedores, disponible cuando lo pida;
- llame al número que aparece en Su tarjeta de identificación; o
- visite Nuestro sitio web en <http://providerlookup.affinityplan.org/>.

#### **D. El rol de los Médicos de Atención Primaria.**

Este Contrato requiere que Usted seleccione un PCP. Si bien se le aconseja que reciba atención de Su PCP, Usted no necesita una Remisión escrita de un PCP antes de recibir atención de un Especialista de un Proveedor participante. Sin embargo, si obtiene una Remisión escrita, Su Costo compartido puede ser más bajo. Consulte la sección Esquema de beneficios de este Contrato para conocer Su Costo compartido. Puede seleccionar cualquier PCP participante que esté disponible de esta lista de PCP en la Red del Plan Esencial. En algunas circunstancias, Usted puede designar un Especialista como Su PCP. Consulte la sección Acceso a la atención y atención de transición de este Contrato para obtener más información sobre cómo designar un Especialista.

Para los fines del Costo compartido, si Usted busca servicios de un PCP (o un Médico que actúe como un PCP) que tiene una especialidad primaria o secundaria que no sea la medicina general, medicina de familia, medicina interna, pediatría y obstetricia o ginecología, debe pagar el Costo compartido de la consulta de especialidad estipulado en la sección Esquema de beneficios de este Contrato cuando los servicios proporcionados están relacionados con atención de especialidad.

**1. Servicios que no necesitan una remisión de Su PCP.** Su PCP es responsable de determinar el tratamiento más adecuado para Sus necesidades de atención médica. No necesita una Remisión de Su PCP para un Proveedor participante para los siguientes servicios:

- servicios de ginecología y obstetricia primarios y preventivos, que incluyen exámenes anuales, atención posterior a dichos exámenes anuales, tratamiento de afecciones ginecológicas Agudas, o para cualquier atención relacionada con un embarazo proporcionada por un Proveedor participante calificado para dichos servicios;
- Servicios de emergencia;
- servicios médicos prehospitalarios de emergencia y transporte en ambulancia de emergencia;
- prueba de detección de depresión materna;
- Atención de urgencia;
- atención a la salud mental para pacientes externos;
- exámenes de la vista relacionados con la diabetes realizados por un oculista.

Sin embargo, el Proveedor participante debe analizar los servicios y el plan de tratamiento con Su PCP; aceptar cumplir con Nuestras políticas y procedimientos, incluido cualquier procedimiento sobre Remisiones o Autorizaciones previas para servicios que no sean de obstetricia y ginecología proporcionados por dicho Proveedor participante; y aceptar prestar servicios conforme a un plan de tratamiento (si hubiere) aprobado por Nosotros. Consulte la sección Esquema de beneficios de este Contrato para conocer los servicios que requieren una Remisión.

**2. Acceso a Proveedores y cambio de proveedores.** A veces, los Proveedores de Nuestro directorio de Proveedores no se encuentran disponibles. Antes de notificarnos sobre el PCP que seleccionó, debe llamar al PCP para asegurarse de que acepte pacientes nuevos.

Para consultar a un Proveedor, llame a su consultorio y dígame al Proveedor que Usted es Miembro de Affinity Health Plan, y explique el motivo de Su consulta. Tenga Su tarjeta de identificación disponible. Es posible que el consultorio del Proveedor le pida Su número de identificación de Miembro. Cuando vaya al consultorio del Proveedor, lleve Su tarjeta de identificación.

Puede cambiar Su PCP iniciando sesión en el Portal de Miembros del Plan Esencial de Affinity en [www.affinityplan.org](http://www.affinityplan.org) o llamando al Servicio al cliente al 1.866.247.5678. Procesaremos una solicitud para cambiar de PCP y le informaremos la fecha de entrada en vigencia del cambio dentro de los treinta (30) días de recepción de la solicitud. El cambio entrará en vigencia antes del primer (1.<sup>er</sup>) día del segundo (2.<sup>do</sup>) mes posterior al mes en que se realizó la solicitud. Le brindaremos una oportunidad para seleccionar un nuevo PCP en el caso de que su PCP actual deje la red o ya no esté disponible por otro motivo. Dichos cambios no se considerarán en ningún cálculo de cambios por motivo permitido dentro de un período de seis (6) meses. Puede cambiar de PCP con motivo como se establece en la reglamentación. Esto se puede realizar dentro

de los treinta (30) días de su primera cita con el PCP. Luego de los primeros treinta (30) días, podemos elegir establecer un límite para que cambie de PCP cada seis (6) meses sin motivo.

Puede cambiar Su Especialista llamando a su PCP. Si necesita atención médica que su PCP no puede brindarle, este deberá remitirlo a un especialista que pueda hacerlo. Si siente que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP para que este pueda hacer una remisión diferente. En caso de que esté recibiendo un tratamiento continuo con un especialista que deja de estar disponible para seguir proporcionándole servicios, le brindaremos un aviso por escrito dentro de quince (15) días a partir de la fecha en que sepamos sobre esto. El aviso describirá los procedimientos para continuar con la atención médica del especialista durante un período provisional y para elegir un nuevo proveedor. Esto se puede realizar en el plazo especificado anteriormente.

#### **E. Servicios fuera de la red.**

Los servicios de Proveedores no participantes no están Cubiertos, excepto los Servicios de emergencia, a menos que estén específicamente Cubiertos en este Contrato.

#### **F. Servicios sujetos a Autorización previa.**

Nuestra Autorización previa se requiere antes de que Usted reciba ciertos Servicios Cubiertos. Su PCP es responsable de solicitar una Autorización previa para los servicios dentro de la red que se mencionan en la sección Esquema de beneficios de este Contrato.

#### **G. Administración médica.**

Los beneficios disponibles para Usted según este Contrato están sujetos a revisiones previas al servicio, simultáneas y retrospectivas para determinar cuándo deberíamos cubrir los servicios. El objetivo de estas revisiones es promover la prestación de una atención médica económica al revisar el uso de los procedimientos y, cuando sea apropiado, el entorno o lugar donde se brindan los servicios. Los Servicios Cubiertos deben ser Médicamente necesarios para que se brinden los beneficios.

#### **H. Necesidad médica.**

Cubrimos los beneficios descritos en este Contrato siempre que el servicio de atención médica, el procedimiento, el tratamiento, la prueba, el dispositivo, el Medicamento con receta o el suministro (colectivamente, "servicio") sea Médicamente necesario. El hecho de que un Proveedor haya proporcionado, recetado, indicado, recomendado o aprobado el servicio no lo convierte en un servicio Médicamente necesario ni significa que debamos Cubrirlo.

Podemos basar Nuestra decisión en una revisión de:

- Sus registros médicos;
- Nuestras políticas médicas y pautas clínicas;
- opiniones médicas de un colegio de profesionales, un comité de revisión de colegas u otros grupos de Médicos;
- informes en publicaciones médicas revisadas por colegas;

- informes y pautas publicados por organizaciones de atención médica reconocidas nacionalmente que incluyen información científica de respaldo;
- estándares profesionales de seguridad y eficacia, que generalmente son reconocidos en los Estados Unidos por diagnóstico, atención médica o tratamiento;
- la opinión de los Profesionales de atención médica en la especialidad de salud reconocida generalmente que esté involucrada;
- la opinión de los Proveedores que atienden, que tienen credibilidad pero que no predominan sobre las opiniones opuestas.

Los servicios se considerarán Médicamente necesarios solo si:

- son clínicamente adecuados en términos de tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración, y se consideran eficaces para Su enfermedad, lesión o afección;
- son necesarios para la atención médica y el tratamiento directo o el control de esa afección;
- Su afección se ve afectada negativamente si los servicios no fueran proporcionados;
- se proporcionan de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica;
- no se proporcionan especialmente para Su comodidad, la de Su familia o la de Su Proveedor;
- no son más costosos que un servicio alternativo o una secuencia alternativa de servicios, que al menos pueden generar resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes;
- cuando el entorno o lugar de servicio es parte de la revisión, los servicios que Usted puede recibir de manera segura en un entorno de costos más bajos no se considerarán Médicamente necesarios si se realizan en un lugar de costos más altos. Por ejemplo, no cubriremos el ingreso de un paciente en un hospital para una cirugía si la cirugía se podría haber realizado como paciente externo o una infusión o inyección de un medicamento de especialidad colocada en el departamento para pacientes externos de un Hospital si el medicamento se podría haber colocado en el consultorio del Médico o en el hogar.

Consulte las secciones de Revisión de utilización y Apelación externa de este Contrato para conocer Su derecho a una Apelación interna y externa contra Nuestra determinación de que un servicio no es Médicamente necesario.

## **I. Protección contra facturas imprevistas.**

1. Una factura imprevista es una factura que recibe por Servicios Cubiertos en las siguientes circunstancias:

- Por los servicios prestados por un Médico no participante en un Hospital o Centro quirúrgico ambulatorio participante cuando:
  - un Médico participante no está disponible en el momento de proporcionar los servicios de atención médica;
  - un Médico no participante proporciona servicios sin que

- Usted lo sepa; o
- surgen servicios o inconvenientes médicos no previstos al momento de proporcionar los servicios de atención médica.

Una factura imprevista no incluye una factura por servicios de atención médica prestados cuando un Médico participante está disponible y Usted elige recibir servicios de un Médico no participante.

- Usted fue remitido por un Médico participante a un Proveedor no participante sin Su consentimiento explícito por escrito que ratifique que la remisión es para un Proveedor no participante y puede generar costos que Nosotros no cubrimos. Para una factura imprevista, una remisión a un Proveedor no participante significa:
  - un Proveedor no participante brinda los Servicios Cubiertos en el consultorio del Médico participante durante la misma consulta;
  - el Médico participante envía una muestra que tomó de Usted en el consultorio del Médico participante a un patólogo o laboratorio no participante; o
  - para todos los demás Servicios Cubiertos realizados por un Proveedor no participante a pedido de un Médico participante, cuando se requieren Remisiones según Su Contrato.

Usted no será responsable de ningún cargo de la factura imprevista del Proveedor no participante que exceda Su Copago, Deducible o Coseguro si Usted asigna beneficios al Proveedor no participante por escrito. En dichos casos, el Proveedor no participante solo podrá facturarle Su Copago, Deducible o Coseguro.

El formulario de asignación de beneficios para facturas imprevistas se encuentra disponible en [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov) o puede visitar Nuestro sitio web en [www.affinityplan.org/EP/Member/](http://www.affinityplan.org/EP/Member/) para obtener una copia del formulario. Debe enviarnos por correo una copia del formulario de asignación de beneficios a la dirección que figura en Su tarjeta de identificación y también enviarle una a Su Proveedor.

- 2. Proceso independiente de resolución de disputas.** Nosotros podemos presentar una disputa o bien un Proveedor puede presentar una disputa sobre una factura imprevista ante una entidad independiente de resolución de disputas (“IDRE”) asignada por el estado. Las disputas se presentan completando el formulario de solicitud de la IDRE, que se puede encontrar en [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov). La IDRE determinará si Nuestro pago o el cargo del Proveedor es razonable dentro de 30 días a partir de la recepción de la disputa.

**J. Prestación de Servicios Cubiertos mediante telesalud.**

Si Su Proveedor participante ofrece Servicios Cubiertos mediante telesalud, Nosotros no denegaremos los Servicios Cubiertos porque se ofrecen por este

medio. Los Servicios Cubiertos prestados mediante telesalud pueden estar sujetos a una revisión de utilización, a requisitos de control de calidad y a otros términos y condiciones del Contrato que, como mínimo, son igual de favorables que los requisitos del mismo servicio cuando no se proporciona mediante telesalud.

“Telesalud” es el uso de información electrónica y tecnologías de comunicación que hace un Proveedor participante para proporcionarle Servicios Cubiertos a Usted cuando Su ubicación es diferente de la de Su Proveedor.

#### **K. Administración de casos.**

La administración de casos ayuda a coordinar los servicios para Miembros con necesidades de atención médica debido a afecciones de salud graves, complejas o crónicas. Nuestros programas coordinan beneficios y capacitan a Miembros que aceptan participar en el programa de administración de casos para ayudar a satisfacer sus necesidades relacionadas con la salud.

Nuestros programas de administración de casos son confidenciales y voluntarios. Estos programas se brindan sin cargo adicional para Usted y no cambian los Servicios Cubiertos. Si Usted cumple con los criterios del programa y acepta participar, Nosotros le ayudaremos a satisfacer Sus necesidades de atención médica identificadas. Esto se logra a través del contacto y el trabajo en equipo con Usted o Su representante autorizado, los Médicos que lo atienden y otros Proveedores. Además, Nosotros podemos ayudar en la coordinación de atención con programas y servicios comunitarios para satisfacer Sus necesidades, que puede incluir brindarle información sobre agencias externas y programas y servicios comunitarios.

En ciertos casos de lesión o enfermedad crónica o grave, podemos proporcionar beneficios para la atención alternativa a través de Nuestro programa de administración de casos que no se menciona como un Servicio Cubierto. También podemos extender los Servicios Cubiertos más allá de los límites máximos de beneficios de este Contrato. Tomaremos Nuestra decisión caso por caso si determinamos que el beneficio alternativo o extendido es lo mejor para Usted y Nosotros.

Ninguna parte de esta disposición impedirá que Usted apele contra Nuestra decisión. Una decisión de proporcionar beneficios extendidos o aprobar atención médica alternativa en un caso no Nos obliga a proporcionarle los mismos beneficios a Usted o cualquier otro Miembro de nuevo. Nos reservamos el derecho, en cualquier momento, de alterar o dejar de proporcionar beneficios extendidos o de aprobar atención alternativa. En dicho caso, le notificaremos a Usted o a Su representante por escrito.

#### **L. Números de teléfono y direcciones importantes**

- RECLAMACIONES  
Affinity Essential Plan  
PO Box 981726  
El Paso, TX 79998-1726  
(Envíe los formularios de reclamaciones a esta dirección).

[edi@affinityplan.org](mailto:edi@affinityplan.org)

(Envíe los formularios electrónicos de reclamaciones a esta dirección de correo electrónico).

- QUEJAS, RECLAMOS Y APELACIONES DE REVISIONES DE UTILIZACIÓN  
888.543.9069  
Fax 718.536.3358
- FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS  
Affinity Health Plan  
Metro Center Atrium  
1776 Eastchester Road  
Bronx, NY 10461  
(Envíe los formularios de asignación de beneficios para las facturas imprevistas a esta dirección).
- EMERGENCIAS MÉDICAS Y ATENCIÓN DE URGENCIA  
866.247.5678
- SERVICIO PARA LOS MIEMBROS  
866.247.5678  
(Los representantes del Servicio para los miembros están disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 6:00 p. m.).
- AUTORIZACIÓN PREVIA  
866.247.5678
- NUESTRO SITIO WEB  
<http://www.affinityplan.org/EP>



## SECCIÓN III

### Acceso a la atención y atención de transición

#### **A. Autorización para un Proveedor no participante.**

Si determinamos que no tenemos un Proveedor participante que cuente con la capacitación y experiencia adecuadas para tratar Su enfermedad, aprobaremos una autorización para un Proveedor no participante adecuado. Su Proveedor participante debe solicitar una aprobación previa de la autorización para un Proveedor no participante específico. Las aprobaciones de autorizaciones para Proveedores no participantes no se realizarán para Su conveniencia o la de otro Proveedor que lo atienda y es posible que no sea necesariamente para el Proveedor no participante que Usted solicitó. Si aprobamos la autorización, todos los servicios prestados por el Proveedor no participante están sujetos a un plan de tratamiento aprobado por Nosotros, con la colaboración de Su PCP, el Proveedor no participante y Usted. Los Servicios Cubiertos proporcionados por el Proveedor no participante se pagarán como si fueran proporcionados por un Proveedor participante. Usted solo deberá pagar el Costo compartido correspondiente dentro de la red. En caso de que no se apruebe una autorización, cualquier otro servicio proporcionado por un Proveedor no participante no se Cubrirá.

#### **B. Cuando un Especialista puede ser Su Médico de atención primaria.**

Si Usted tiene una enfermedad o afección que amenaza Su vida o una enfermedad o afección degenerativa o incapacitante que requiere atención de especialidad durante un período prolongado, puede solicitar que un Especialista que sea un Proveedor participante sea Su PCP. Nos comunicaremos con el Especialista y Su PCP y decidiremos si el Especialista debería ser Su PCP. Cualquier autorización se otorgará en conformidad con un plan de tratamiento aprobado por Nosotros, con Su colaboración, la de Su PCP y la del Especialista. No aprobaremos un Especialista no participante a menos que determinemos que no tenemos un Proveedor adecuado en Nuestra red. Si aprobamos un Especialista no participante, los Servicios Cubiertos proporcionados por el Especialista no participante según el plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran proporcionados por un Proveedor participante. Usted solo será responsable del Costo compartido correspondiente dentro de la red.

#### **C. Autorización permanente para un Especialista participante.**

Si Usted necesita atención de especialidad continua, puede recibir una “autorización permanente” para un Especialista que sea un Proveedor participante. Esto significa que no necesitará una nueva autorización de Su PCP cada vez que necesite ver a ese Especialista. Nos comunicaremos con el Especialista y Su PCP y decidiremos si Usted debería tener una autorización permanente. Cualquier autorización se otorgará en conformidad con un plan de tratamiento aprobado por Nosotros, con Su colaboración, la de Su PCP y la del Especialista. El plan de tratamiento puede limitar la cantidad de consultas o el período durante el cual las consultas están autorizadas y puede requerir que el Especialista proporcione a Su PCP actualizaciones regulares sobre la atención de especialidad y toda la información

médica necesaria. No aprobaremos una autorización permanente para un Especialista no participante a menos que determinemos que no tenemos un Proveedor adecuado en Nuestra red. Si aprobamos una autorización permanente para un Especialista no participante, los Servicios Cubiertos proporcionados por el Especialista no participante según el plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran proporcionados por un Proveedor participante. Usted solo deberá pagar el Costo compartido correspondiente dentro de la red.

#### **D. Centro de atención de especialidad.**

Si tiene una enfermedad o afección que amenaza Su vida o una enfermedad o afección degenerativa o incapacitante que requiere atención de especialidad durante un período prolongado, puede solicitar una autorización para un centro de atención de especialidad con experiencia para tratar Su afección o enfermedad. Un centro de atención de especialidad es un centro que tiene una acreditación o designación de una agencia estatal, el gobierno federal o una organización de salud nacional que valida que tiene experiencia especial para tratar Su enfermedad o afección. Hablaremos con Su PCP, Su Especialista y el centro de atención de especialidad para decidir si aprobamos dicha autorización. Toda autorización se otorgará en conformidad con un plan de tratamiento desarrollado por el centro de atención de especialidad y aprobado por Nosotros, con Su colaboración, la de Su PCP y la del Especialista. No aprobaremos una autorización para un centro de atención de especialidad no participante a menos que determinemos que no tenemos un centro de atención de especialidad adecuado en Nuestra red. Si aprobamos una autorización para un centro de atención de especialidad no participante, los Servicios Cubiertos proporcionados por el centro de atención de especialidad no participante según el plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran proporcionados por un centro de atención de especialidad participante. Usted solo deberá pagar el Costo compartido correspondiente dentro de la red.

#### **E. Cuando Su Proveedor deja de formar parte de la red.**

Si se encuentra en un tratamiento continuo cuando Su Proveedor deja Nuestra red, puede seguir recibiendo los Servicios Cubiertos para el tratamiento continuo por parte del Proveedor participante anterior durante 90 días como máximo a partir de la fecha en que la obligación contractual de Su proveedor de prestarle servicios a Usted finaliza.

Para que Usted pueda continuar recibiendo Servicios Cubiertos por hasta 90 días o durante un embarazo con un Proveedor participante anterior, el Proveedor debe acordar aceptar como pago la tarifa negociada que estaba en vigencia justo antes de la finalización de Nuestra relación con el Proveedor. Además, el Proveedor debe aceptar proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con Su atención y respetar Nuestras políticas y procedimientos, incluidos aquellos para garantizar la calidad de la atención, obtener Autorizaciones previas, autorizaciones y el plan de tratamiento aprobado por Nosotros. Si el Proveedor acepta estas condiciones, Usted recibirá los Servicios Cubiertos como si los brindara un Proveedor participante. Usted solo deberá pagar el Costo compartido correspondiente dentro de la red. Tenga en cuenta que si Nosotros finalizamos la relación con el Proveedor a causa de fraude, daño inminente a un paciente o acción disciplinaria final por parte de una junta o agencia estatal que afecte la capacidad de

ejerger del Proveedor, el tratamiento continuado con ese Proveedor no está disponible.

**F. Nuevos miembros en un tratamiento continuo.**

Si se encuentra en un tratamiento continuo con un Proveedor no participante cuando Su cobertura estipulada en este Contrato entra en vigencia, Usted puede recibir los Servicios Cubiertos de Su Proveedor no participante para el tratamiento continuo durante un máximo de 60 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de Su cobertura conforme a este Contrato. El tratamiento continuo debe ser para una enfermedad o afección que amenaza Su vida, o para una afección o enfermedad degenerativa e incapacitante. También puede continuar la atención con un Proveedor no participante si Usted está en el segundo o tercer trimestre de gestación cuando Su cobertura estipulada en este Contrato entra en vigencia. Puede continuar la atención hasta el parto y todos los servicios posteriores al parto directamente relacionados con él.

Para que Usted continúe recibiendo Servicios Cubiertos durante un máximo de 60 días o durante el embarazo, el Proveedor no participante debe aceptar como pago Nuestras tarifas por dichos servicios. El Proveedor también debe aceptar proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con Su atención y debe adherir a Nuestras políticas y procedimientos, que incluyen a aquellos para garantizar la calidad del tratamiento, obtener la Autorización previa, las Remisiones y un plan de tratamiento aprobado por Nosotros. Si el Proveedor acepta estas condiciones, Usted recibirá los Servicios Cubiertos como si los brindara un Proveedor participante. Usted solo deberá pagar el Costo compartido correspondiente dentro de la red.

## SECCIÓN IV

### Gastos de Costo compartido y Monto permitido

#### **A. Copagos.**

A menos que se establezca lo contrario, Usted debe pagar los Copagos, o cantidades fijas, que aparecen en la sección Esquema de beneficios de este Contrato para los Servicios Cubiertos. Sin embargo, cuando el Monto permitido por un servicio es menor que el Copago, Usted debe pagar el monto menor.

#### **B. Coseguro.**

A menos que se establezca lo contrario, Usted debe pagar un porcentaje del Monto permitido por los Servicios Cubiertos. Nosotros pagaremos el porcentaje restante del Monto permitido como se muestra en la sección Esquema de beneficios de este Contrato.

#### **C. Límite de Gastos que paga de Su bolsillo.**

Cuando ha llegado al Límite de Gastos que paga de Su bolsillo en el pago de Copagos y Coseguros para un Año del plan que figura en la sección Esquema de beneficios de este Contrato, Nosotros le proporcionaremos cobertura por el 100% del Monto permitido por los Servicios Cubiertos para el resto del Año del plan.

El Límite de Gastos que paga de Su bolsillo se cuenta por Año del plan.

#### **D. Monto permitido.**

"Monto permitido" significa el monto máximo que Nosotros pagaremos por servicios o suministros cubiertos según lo estipulado en este Contrato, antes de que se resten los Copagos o Coseguros correspondientes. Determinamos Nuestros Montos permitidos de la siguiente manera:

El Monto permitido será el monto que Nosotros hayamos negociado con el Proveedor participante.

Consulte la sección Servicios de emergencia y Atención de urgencia de este Contrato para conocer el Monto permitido para una Afección que causa una emergencia.

Nuestros pagos a Proveedores participantes pueden incluir incentivos financieros para ayudar a mejorar la calidad de la atención y promover la provisión de Servicios Cubiertos de manera más económica. Los pagos conforme a este programa de incentivos financieros no se realizan como pagos por un Servicio Cubierto específico brindado a Usted. Su Costo compartido no cambiará en función de pagos realizados o recibidos de parte de Proveedores participantes como parte del programa de incentivos financieros.

## SECCIÓN V

### Quién está cubierto

#### **A. Quién está Cubierto según este Contrato.**

Usted, el Suscriptor para quien se emite este Contrato, está cubierto según este Contrato. Es necesario que Usted viva o resida en Nuestra Área de servicio para recibir la cobertura según este Contrato. Debe tener un ingreso familiar que supere el 138% pero que no exceda el 200% del Nivel Federal de Pobreza. Si Usted está inscrito en Medicare o Medicaid, no es elegible para adquirir este Contrato. Además, si Su ingreso es superior al 138% del Nivel Federal de Pobreza, Usted no es elegible para adquirir este Contrato si es menor de 19 años, mayor de 64 años o si está embarazada.

Debe informar los cambios que podrían afectar Su elegibilidad durante el año, incluido si queda embarazada. Si queda embarazada mientras está inscrita en este producto, Usted ya no será elegible para este producto y será elegible para obtener Medicaid.

#### **B. Tipos de Cobertura.**

El único tipo de cobertura ofrecida por el Plan Esencial es la cobertura individual, lo que significa que solo Usted está cubierto. Si otros miembros de Su familia también están cubiertos por el Plan Esencial, recibirán un Contrato independiente y, si corresponde, tendrán una prima aparte.

#### **C. Inscripción.**

Usted podrá inscribirse en este Contrato en cualquier momento del año. Si envía Su decisión a NYSOH el día 15 de cualquier mes o antes, la entrada en vigencia de Su cobertura será el primer día del mes siguiente, siempre que se haya recibido el pago de la Prima correspondiente para ese entonces. Si envía Su decisión a NYSOH el día 16 de cualquier mes o después, la entrada en vigencia de Su cobertura será el primer día del mes posterior al mes siguiente. Por ejemplo, si Usted hace una selección el 16 de enero, Su cobertura comenzará el 1 de marzo. El pago de Su primera Prima deberá recibirse antes de los diez (10) primeros días del primer mes de cobertura, o diez (10) días desde la fecha de recepción de la factura, lo que sea más adelante. Si NYSOH recibe Su selección el 15 de diciembre de 2016 o antes, Su cobertura comenzará el 1 de enero de 2017, siempre que el pago de la Prima correspondiente se reciba antes del 10 de enero de 2017, o 10 días desde la fecha de recepción de la factura, lo que sea más adelante.

## SECCIÓN VI

### Atención preventiva

Consulte la sección Esquema de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos compartidos, las limitaciones en días o visitas y cualquier requisito de Autorización previa o Remisión que se aplique a estos beneficios.

#### **Atención preventiva.**

Cubrimos los siguientes servicios para promover una buena salud y la detección temprana de enfermedades. Los servicios preventivos no están sujetos a Costos compartidos (Copagos o Coseguros) cuando los brinda un Proveedor participante en conformidad con las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), o si los artículos o servicios tienen una calificación "A" o "B" del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) o si las inmunizaciones son recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP). Sin embargo, el Costo compartido puede corresponder a servicios proporcionados durante la misma consulta de los servicios preventivos. Además, si un servicio preventivo se brinda durante una consulta en la que el servicio preventivo no es el objetivo principal de la visita, el monto de Costo compartido que aplicaría en ese caso a la consulta todavía se aplicará. Puede comunicarse con Nosotros al número que aparece en Su tarjeta de identificación o ingresar a Nuestro sitio web [www.AffinityPlan.org](http://www.AffinityPlan.org) para solicitar una copia de las pautas integrales respaldadas por HRSA, los artículos o servicios con la clasificación "A" o "B" de USPSTF y las inmunizaciones recomendadas por el ACIP.

- A. Exámenes físicos anuales para adultos.** Cubrimos exámenes físicos anuales para adultos y atención preventiva y pruebas de detección tal como se menciona en las pautas integrales respaldadas por HRSA y los artículos o servicios con calificación "A" o "B" de USPSTF.

Los ejemplos de artículos o servicios con calificación "A" o "B" de USPSTF incluyen, entre otros, prueba de presión arterial para adultos, prueba de cáncer de pulmón, prueba de detección de cáncer colorrectal, prueba de detección de uso de alcohol, prueba de depresión, y prueba de detección de diabetes. Se encuentra disponible una lista completa de los Servicios preventivos Cubiertos en Nuestro sitio web [www.AffinityPlan.org](http://www.AffinityPlan.org) o se la enviaremos por correo electrónico si Usted la solicita.

Usted es elegible para un examen físico una vez por año calendario, independientemente de si han pasado o no 365 días desde la consulta de examen físico anterior. Las pruebas de la vista no incluyen refracciones.

Este beneficio no está sujeto a Copagos ni Coseguros cuando se proporciona en conformidad con las pautas integrales respaldadas por HRSA y los artículos o servicios con calificación "A" o "B" de USPSTF.

**B. Inmunizaciones para adultos.** Cubrimos inmunizaciones para adultos según lo recomendado por ACIP. Este beneficio no está sujeto a Copagos ni Coseguros cuando se brinda en conformidad con las recomendaciones de ACIP.

**C. Exámenes de bienestar para la mujer.** Cubrimos exámenes de bienestar para la mujer que consisten en un examen ginecológico de rutina, un examen de mamas y una prueba de Papanicolaou anual, que incluye los servicios de laboratorio y diagnóstico relacionados con la evaluación de la prueba de Papanicolaou. También Cubrimos la atención preventiva y pruebas de detección mencionadas en las pautas integrales respaldadas por HRSA y los artículos o servicios con calificación "A" o "B" de USPSTF. Se encuentra disponible una lista completa de los Servicios preventivos Cubiertos en Nuestro sitio web [www.AffinityPlan.org](http://www.AffinityPlan.org) o se la enviaremos por correo electrónico si Usted la solicita. Este beneficio no está sujeto a Copagos ni Coseguros cuando se brinda en conformidad con las pautas integrales respaldadas por HRSA y los artículos o servicios con calificación "A" o "B" de USPSTF, que pueden ser menos frecuentes de lo descrito anteriormente.

**D. Mamografías, pruebas de detección y diagnóstico por imágenes para la detección de cáncer de mama.** Cubrimos mamografías para la detección del cáncer de mama de la siguiente manera:

- una (1) mamografía inicial de detección para Miembros de 35 a 39 años; y
- una (1) mamografía de detección anual para Miembros de 40 años o más.

Si una Miembro de cualquier edad tiene antecedentes de cáncer de mama o un familiar directo tiene antecedentes de cáncer de mama, Cubrimos mamografías según lo recomendado por el Proveedor de la Miembro. Sin embargo, en ningún caso Cubriremos más de una (1) prueba de detección preventiva por Año del plan.

Las mamografías para la detección del cáncer de mama no están sujetas a Copagos ni Coseguros [cuando las realiza un Proveedor participante].

También Cubrimos pruebas de detección y diagnósticos por imágenes adicionales, que incluyen mamografías de diagnóstico, ecografías e imágenes por resonancia magnética (MRI) de las mamas para la detección del cáncer de mama. Las pruebas de detección y diagnósticos por imágenes para la detección del cáncer de mama, que incluyen mamografías de diagnóstico, ecografías MRI de las mamas no están sujetas a Copagos, Deducibles ni Coseguros cuando las realiza un Proveedor participante.

**E. Planificación familiar y servicios de salud reproductiva.** Cubrimos servicios de planificación familiar, que consisten en métodos anticonceptivos aprobados por la FDA recetados por un Proveedor que no están Cubiertos

de otra manera en la sección Cobertura para Medicamentos con receta de este Contrato, el asesoramiento para la utilización de métodos anticonceptivos y asuntos relacionados, y procedimientos de esterilización para mujeres. Estos servicios no están sujetos a Copagos ni Coseguros cuando se proporcionan en conformidad con las pautas integrales respaldadas por HRSA y los artículos o servicios con calificación "A" o "B" de USPSTF.

También Cubrimos vasectomías.

No Cubrimos servicios relacionados con revertir esterilizaciones electivas.

**F. Determinación o análisis de densidad mineral ósea.** Cubrimos determinaciones o análisis de densidad mineral ósea y Medicamentos con receta y dispositivos aprobados por la FDA o sus equivalentes genéricos como sustitutos aprobados. La Cobertura para Medicamentos con receta está sujeta a la sección Cobertura para Medicamentos con receta de este Contrato. Las determinaciones o análisis, medicamentos o dispositivos relacionados con la densidad mineral ósea pueden incluir a aquellos cubiertos para personas que cumplan con los criterios del programa federal de Medicare y para aquellos en cumplimiento con los criterios de National Institutes of Health. Usted también podrá ser elegible para la Cobertura de la determinación y análisis de la densidad mineral ósea si cumple con cualquiera de los siguientes requisitos:

- se le diagnosticó previamente osteoporosis o tiene antecedentes de familia de osteoporosis;
- tiene síntomas o afecciones que indican la presencia de un riesgo importante de osteoporosis;
- sigue un régimen con un Medicamento con receta que presenta un riesgo de desarrollar osteoporosis;
- el grado de algunos de los factores de Su estilo de vida suponen un riesgo de desarrollar osteoporosis; o
- su edad, sexo u otras características fisiológicas presentan un riesgo importante de desarrollar osteoporosis.

También Cubrimos mediciones o análisis de densidad mineral ósea y Medicamentos con receta y dispositivos mencionados en las pautas integrales respaldadas por HRSA y artículos o servicios con calificación "A" o "B" de USPSTF.

Este beneficio no está sujeto a Copagos ni Coseguros cuando se proporciona en conformidad con las pautas integrales respaldadas por HRSA y los artículos o servicios con calificación "A" o "B" de USPSTF, que pueden no incluir todos los servicios mencionados anteriormente, como medicamentos y dispositivos.

**G. Pruebas de detección de cáncer de próstata.** Cubrimos un examen de diagnóstico estándar anual que incluye, entre otros, un examen rectal digital y un análisis del antígeno prostático específico para hombres de 50 años o



más que no presenten síntomas y para hombres de 40 años o más con antecedentes de familia de cáncer de próstata u otros factores de riesgo de cáncer de próstata. También Cubrimos un análisis de diagnóstico estándar que incluye, entre otros, un examen rectal digital y un análisis del antígeno prostático específico para hombres de cualquier edad con antecedentes de cáncer de próstata.

## SECCIÓN VII

### **Ambulancia y servicios médicos prehospitalarios de emergencia**

Consulte la sección Esquema de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos compartidos, las limitaciones en días o visitas y cualquier requisito de Autorización previa o Remisión que se aplique a estos beneficios. Los servicios médicos prehospitalarios de emergencia y los servicios de ambulancia para el tratamiento de una Afección que causa una emergencia no requieren Autorización previa.

#### **A. Transporte en ambulancia para emergencias.**

Cubrimos Servicios médicos prehospitalarios de emergencia para el tratamiento de una Afección que causa una emergencia cuando un servicio de ambulancia brinda dicho servicio.

"Servicios médicos prehospitalarios de emergencia" hace referencia a la evaluación y el tratamiento inmediatos de una Afección que causa una emergencia y transporte no aéreo hacia el Hospital. Los servicios deben ser brindados por un servicio de ambulancia con un certificado conforme a la Ley de Salud Pública de Nueva York. Sin embargo, solo Cubriremos el transporte hacia un Hospital proporcionado por dicho servicio de ambulancia cuando una persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina podría esperar de manera razonable que la ausencia de dicho transporte tenga como consecuencia:

- poner en grave riesgo la salud de la persona perjudicada con esa afección, o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer, o, si se tratara de una afección conductual, poner en grave riesgo la salud de dicha persona o de otras;
- un deterioro grave de las funciones corporales de esa persona;
- una disfunción grave de un órgano o de una parte del cuerpo de esa persona; o
- una deformación grave de la persona.

El servicio de ambulancia no debe cobrarle o solicitarle un reembolso por servicios médicos prehospitalarios de emergencia salvo por el cobro de cualquier Copago, Coseguro o Deducible correspondiente.

También Cubrimos transporte en ambulancia para emergencias proporcionado por un servicio de ambulancia autorizado (ya sea por tierra, agua o aire) hacia el Hospital más cercano donde puedan realizarse los Servicios de emergencia.

Cubrimos Servicios médicos prehospitalarios de emergencia y transporte en ambulancia para emergencias en todo el mundo.

#### **B. Transporte en ambulancia que no sea para emergencias.**

Cubrimos transporte en ambulancia que no sea para emergencias proporcionado por un servicio de ambulancia autorizado (ya sea por tierra, agua o aire, según corresponda) entre Centros cuando el transporte es alguno de los siguientes:

- desde un Hospital no participante hasta un Hospital participante;
- hacia un Hospital que proporciona un nivel más alto de atención que no se encuentra disponible en el Hospital de origen;
- hacia un Centro de cuidados Agudos más rentable; o
- de un centro de cuidados Agudos a un Centro de cuidados subagudos.

### **C. Limitaciones/Condiciones de Cobertura.**

- No Cubrimos costos de viajes o transporte, a menos que estén relacionados con una Afección que causa una emergencia o debido a una transferencia de Centros aprobada por Nosotros, aunque esté recetada por un Médico.
- No Cubrimos transporte que no sea en ambulancia, como transporte en ambulette, camioneta, o taxi.
- La cobertura para ambulancia aérea relacionada con una Afección que causa una emergencia o una ambulancia aérea relacionada con un traslado que no sea de emergencia se brinda cuando Su afección médica es tal que el traslado por ambulancia terrestre no es adecuado, y Su afección médica requiere traslado en ambulancia inmediato y rápido que no puede proporcionarse por ambulancia terrestre, y se cumple uno (1) de los siguientes criterios:
  - el punto donde deben recogerlo es inaccesible para un vehículo terrestre; o
  - grandes distancias u otros obstáculos (por ejemplo, mucho tráfico) impiden Su traslado a tiempo hacia el Hospital más cercano con las instalaciones necesarias.

## SECCIÓN VIII

### Servicios de emergencia y Atención de urgencia

Consulte la sección Esquema de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos compartidos, las limitaciones en días o visitas y cualquier requisito de Autorización previa o Remisión que se aplique a estos beneficios.

#### **A. Servicios de emergencia.**

Cubrimos los Servicios de emergencias para el tratamiento de una Afección que causa una emergencia en un Hospital.

Definimos “**Afección que causa una emergencia**” de la siguiente forma: una afección médica o conductual que se presenta con síntomas Agudos de suficiente gravedad, incluido dolor grave, de tal forma que una persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar de forma razonable que la falta de la atención médica inmediata provoque lo siguiente:

- poner en grave riesgo la salud de la persona perjudicada con esa afección, o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer, o, si se tratara de una afección conductual, poner en grave riesgo la salud de dicha persona o de otras;
- un deterioro grave de las funciones corporales de esa persona;
- una disfunción grave de un órgano o de una parte del cuerpo de esa persona; o
- una deformación grave de la persona.

Por ejemplo, una Afección que causa una emergencia puede incluir, entre otras cosas, las siguientes:

- Dolor de pecho intenso
- Lesiones múltiples o graves
- Dificultad grave para respirar
- Cambios repentinos en el estado mental (p. ej., desorientación)
- Sangrado intenso
- Dolor agudo o afecciones que requieran atención inmediata como sospecha de ataque cardíaco o apendicitis
- Envenenamiento
- Convulsiones

Se proporcionará la Cobertura de los Servicios de emergencia para el tratamiento de Su Afección que causa una emergencia independientemente de si el Proveedor es un Proveedor participante. También cubriremos los Servicios de emergencia para tratar Su Afección que causa una emergencia a nivel mundial. Sin embargo, cubriremos solo los Servicios de emergencia y los suministros que son Médicamente necesarios y se proporcionan para tratar o estabilizar Su Afección que causa una emergencia en un Hospital.

Siga las instrucciones que aparecen a continuación independientemente de si se encuentra o no en Nuestra Área de servicio cuando surge la Afección que causa una emergencia:

1. **Consultas en el Departamento de emergencias de un Hospital.** En caso de que requiera tratamiento para una Afección que causa una emergencia, busque atención médica inmediata en el departamento de emergencias del Hospital más cercano o llame al 911. La Atención médica del Departamento de emergencias no requiere Autorización previa. **Sin embargo, solo los Servicios de emergencia para el tratamiento de una Afección de emergencia están Cubiertos en un departamento de emergencias.**

**No cubrimos la atención de seguimiento o la atención de rutina que se proporciona en un departamento de emergencias de un Hospital.**

2. **Ingresos en el Hospital por emergencias.** En el caso de que lo **internen** en el Hospital, Usted o alguien en Su nombre deben notificarnos al número que aparece en este Contrato y en Su tarjeta de identificación en un plazo de 48 horas a partir del ingreso o lo antes posible en la medida de lo razonable.
3. **Pagos relacionados con los Servicios de emergencia proporcionados.** El monto que pagamos a un Proveedor no participante por los Servicios de emergencia será el monto que hemos negociado con ese Proveedor por el Servicio de emergencia o un monto que hayamos determinado como razonable para dicho Servicio de emergencia. Sin embargo, el monto negociado o el monto que hayamos determinado como razonable no excederá el cargo del Proveedor no participante y será, como mínimo, el monto superior de los siguientes: 1) el monto que hemos negociado con los Proveedores participantes por el Servicio de emergencia (y si se negocia más de uno, el promedio de los montos); 2) el 100% del Monto permitido para los servicios proporcionados por un Proveedor no participante (es decir, el monto que pagaríamos en la ausencia de cualquier Costo compartido que de otra forma aplicaría para los servicios de Proveedores no participantes); o 3) el monto que se pagaría según Medicare.

Si una disputa que implica un pago para los servicios de un médico se presenta ante una entidad independiente de resolución de disputas (“IDRE”), pagaremos el monto, si hubiere, determinado por la IDRE por los servicios del médico.

Usted solo es responsable de los Copagos o Coseguros. No será responsable de los cargos del Proveedor no participante que excedan Su Copago, Deducible o Coseguro.

## **B. Atención de urgencia.**

La Atención de urgencia es la atención médica para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave para necesitar Atención del Departamento de emergencias. La Atención de urgencia generalmente está disponible después del

horario de atención normal, incluidas las noches y los fines de semana. **La Atención de urgencia se cubre dentro de Nuestra Área de servicio.**

1. **Dentro de la red.** Cubrimos la Atención de urgencia de un Médico participante o de un Centro de Atención de urgencia participante.
2. **Fuera de la red.** Cubrimos la Atención de urgencia de un Centro de Atención de urgencia no participante en Nuestra Área de servicio.

**Si la Atención de urgencia deriva en un ingreso de emergencia, siga las instrucciones para ingresos en el hospital por emergencia que se detallan arriba.**

## SECCIÓN IX

### Servicios profesionales y para pacientes externos

Consulte la sección Esquema de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos compartidos, las limitaciones en días o visitas y cualquier requisito de Autorización previa o Remisión que se aplique a estos beneficios.

#### **A. Servicios de diagnóstico por imágenes avanzados.**

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

#### **B. Pruebas y tratamientos de alergias.**

Cubrimos pruebas y evaluaciones, incluidas inyecciones, y pruebas de escarificación y puntura para determinar la existencia de una alergia. También Cubrimos el tratamiento de la alergia, incluidos los tratamientos de desensibilización, las inyecciones antialérgicas de rutina y los sueros.

#### **C. Servicios del Centro quirúrgico ambulatorio.**

Cubrimos los procedimientos quirúrgicos realizados en Centros Quirúrgicos Ambulatorios, incluidos los servicios y suministros proporcionados por el centro el día en que se realiza la cirugía.

#### **D. Quimioterapia.**

Cubrimos la quimioterapia en un Centro para pacientes externos o en el consultorio de un Profesional de atención médica. Los medicamentos contra el cáncer administrados oralmente están Cubiertos según la sección Cobertura para Medicamentos con receta de este Contrato.

#### **E. Servicios de quiropráctica.**

Cubrimos la atención quiropráctica cuando la realiza un Doctor en Quiropráctica (“quiropráctico”) en relación con la detección o corrección a través de medios manuales o mecánicos de desequilibrios, distorsiones o dislocaciones estructurales en el cuerpo humano para eliminar una interferencia nerviosa y los efectos relacionados, donde dicha interferencia es el resultado de la distorsión, la falta de alineación o la dislocación de la columna vertebral, o está relacionada con estas. Esto incluye la evaluación, la manipulación y cualquier modalidad. Todos los análisis de laboratorio se Cubrirán según los términos y condiciones de este Contrato.

#### **F. Ensayos clínicos.**

Cubrimos los costos del paciente de rutina para Su participación en un ensayo clínico aprobado y dicha cobertura no estará sujeta a la Revisión de utilización si Usted:

- es elegible para participar en un ensayo clínico aprobado para tratar el cáncer u otra enfermedad o afección que amenaza la vida; y
- es derivado por un Proveedor participante que ha concluido que Su participación en el ensayo clínico aprobado sería adecuada.

Todos los demás ensayos clínicos, incluso si no tiene cáncer u otra enfermedad o afección que amenaza la vida, pueden estar sujetos a las secciones Revisión de utilización y Apelación externa de este Contrato.

No Cubrimos los costos de los medicamentos o dispositivos de investigación, los costos de servicios que no sean de atención médica que Usted solicite para recibir el tratamiento, los costos de la administración de la investigación, ni los costos que no se cubrirían según este Contrato para tratamientos que no son de investigación proporcionados en el ensayo clínico.

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

- es un ensayo aprobado o financiado a nivel federal;
- se realiza según la aplicación de un medicamento de investigación revisado por la Administración de Drogas y Alimentos federal; o
- es un ensayo de medicamento que está exento de tener que realizar una nueva aplicación del medicamento de investigación.

### **G. Diálisis.**

Cubrimos tratamientos de diálisis para una afección renal Aguda o crónica.

También Cubrimos tratamientos de diálisis proporcionados por un Proveedor No participante sujeto a todas las siguientes afecciones:

- El Proveedor no participante tiene la licencia debida para ejercer y está autorizado para proporcionar dicho tratamiento.
- El Proveedor no participante se encuentra fuera de Nuestra Área de servicio.
- El Proveedor participante que lo atiende ha emitido un pedido escrito que indica que el tratamiento de diálisis del Proveedor no participante es necesario.
- Usted nos notifica por escrito al menos 30 días por anticipado la(s) fecha(s) de tratamiento propuesto e incluye el pedido escrito mencionado anteriormente. El período de aviso anticipado de 30 días puede ser más corto si Usted necesita viajar por el aviso repentino de una emergencia de la familia o de otro tipo, siempre que tengamos una oportunidad razonable para revisar Sus planes de tratamiento y viaje.
- Tenemos derecho a brindar Autorización previa para el programa y el tratamiento de diálisis.
- Proporcionaremos beneficios para no más de 10 tratamientos de diálisis por parte de un Proveedor no participante por año calendario.
- Los beneficios por los servicios de un Proveedor no participante están cubiertos cuando todas las condiciones anteriores se cumplen y están sujetos a cualquier Costo compartido que se aplique a los tratamientos de diálisis por parte de un Proveedor participante. Sin embargo, Usted también es responsable de pagar cualquier diferencia entre el monto que Nosotros deberíamos haber pagado si un Proveedor participante hubiera proporcionado el servicio y el cargo del Proveedor no participante.

### **H. Servicios de Rehabilitación.**

Cubrimos los Servicios de Rehabilitación que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento de pacientes externos de un Centro o en el



consultorio de un Profesional de atención médica durante un máximo de 60 consultas por afección, por año del plan. El límite de consultas se aplica a todas las terapias combinadas. Para los fines de este beneficio, “por afección” significa la enfermedad o lesión que causa la necesidad de la terapia.

### **I. Atención médica a domicilio.**

Cubrimos la atención proporcionada en Su domicilio por una Agencia de atención médica a domicilio certificada o autorizada por la agencia estatal correspondiente. La atención se debe proporcionar según el plan de tratamiento escrito de Su Médico y en lugar de administrarla durante la Hospitalización o en la estadía, se debe llevar a cabo en un Centro de atención de enfermería especializada. La atención médica a domicilio incluye lo siguiente:

- atención de enfermería de medio tiempo o intermitente de un enfermero profesional matriculado, o bajo su supervisión;
- servicios de medio tiempo o intermitentes de un auxiliar de atención médica a domicilio;
- fisioterapia, terapia ocupacional o del habla proporcionada por la Agencia de atención médica a domicilio; y
- suministros médicos, fármacos y Medicamentos con receta indicados por un Médico, y servicios de laboratorio proporcionados por la Agencia de atención médica a domicilio, o en nombre de esta, a tal punto que dichos productos hubieran estado Cubiertos durante la Hospitalización o la estadía en un Centro de atención de enfermería especializada.

La Atención Médica a Domicilio se limita a 40 consultas por Año del plan. Cada consulta de miembro de la Agencia de atención médica a domicilio se considera una (1) consulta. Cada consulta de hasta cuatro (4) horas de un auxiliar de atención médica a domicilio se considera una (1) consulta. Cualquier Servicio de Habilitación o Rehabilitación que se reciba según este beneficio no disminuirá la cantidad de los servicios disponibles conforme a los beneficios de los Servicios de Habilitación o Rehabilitación.

### **J. Tratamiento de la infertilidad.**

Cubrimos los servicios para el diagnóstico y tratamiento (quirúrgico y médico) de la infertilidad cuando dicha infertilidad es el resultado de una malformación, enfermedad o disfunción. Dicha Cobertura se encuentra disponible de la siguiente forma:

- 1. Servicios de infertilidad básicos.** Los servicios de infertilidad básicos se proporcionarán a un Suscriptor que es un candidato adecuado para el tratamiento de la infertilidad. Para determinar la elegibilidad, utilizaremos las pautas establecidas por el Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología, la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva y el estado de Nueva York. Sin embargo, los Suscriptores deben tener entre 21 y 44 años (inclusive) para que se consideren como candidatos para estos servicios.

Los servicios de infertilidad básicos incluyen lo siguiente:

- evaluación inicial;
- análisis de semen;
- evaluación de laboratorio;

- evaluación de la función ovulatoria;
- prueba poscoital;
- biopsia endometrial;
- ecografía pélvica;
- histerosalpingografía;
- sonohisterografía;
- biopsia del testículo;
- análisis de sangre; y
- tratamiento médicamente adecuado de la disfunción ovulatoria.

Las pruebas adicionales pueden estar cubiertas si se determinan que son Médicamente necesarias.

**2. Servicios de infertilidad integrales.** Si los servicios de infertilidad básicos no aumentan la fertilidad, Cubrimos los servicios de infertilidad integrales.

Los servicios de infertilidad integrales incluyen lo siguiente:

- inducción de la ovulación y supervisión;
- ecografía pélvica;
- inseminación artificial;
- histeroscopia;
- laparoscopia; y
- laparotomía.

**3. Exclusiones y limitaciones.** No Cubrimos lo siguiente:

- fecundación in vitro, transferencias intratubáricas de gametos o transferencias intratubáricas de cigotos;
- costos para una donante de óvulos o un donante de espermatozoides;
- costos del almacenamiento de espermatozoides;
- criopreservación y almacenamiento de embriones;
- kits de predicción de ovulación;
- reversión de la ligadura de trompas;
- reversión de vasectomías;
- costos de la maternidad subrogada y todo lo relacionado con esta;
- clonación; o
- procedimientos médicos y quirúrgicos que son experimentales o de investigación, salvo que Nuestra denegación sea anulada por un Agente de apelaciones externas.

Todos los servicios deben ser proporcionados por Proveedores calificados para prestar servicios según las pautas establecidas y adoptadas por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva.

**K. Tratamientos de infusión.**

Cubrimos tratamientos de infusión, que es la administración de medicamentos que utilizan sistemas de entrega especializados, que de otra manera requeriría que fuera hospitalizado. Los medicamentos o nutrientes administrados directamente en vena se consideran tratamientos de infusión. Los medicamentos tomados por la boca o

autoinyectables no se consideran tratamiento de infusión. Los servicios deben ser indicados por un Médico u otro Profesional de atención médica autorizado y deben proporcionarse en un consultorio o una agencia matriculada o certificada para brindar un tratamiento de infusión. Cualquier consulta para el tratamiento de infusión en el hogar cuenta para Su límite de consultas de atención médica a domicilio.

**L. Interrupción del embarazo.**

Cubrimos abortos terapéuticos, incluidos abortos en casos de violación, incesto o malformación fetal (es decir, abortos médicamente necesarios). Cubrimos abortos programados para un (1) procedimiento, por Año del plan.

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

Cubrimos radiografías, procedimientos de laboratorio y pruebas, servicios y materiales de diagnóstico, incluidas radiografías de diagnóstico, tratamiento con radiografías, fluoroscopia, electrocardiogramas (ECG), electroencefalogramas (EEG), análisis de laboratorio y servicios de radiología terapéutica.

**N. Medicamentos con receta para utilizar en el consultorio (y en Centros para pacientes externos).**

Cubrimos medicamentos e inyectables (excepto los autoinyectables) usados por Su Proveedor en su consultorio para fines terapéuticos y de prevención. Este beneficio se aplica cuando Su Proveedor le indica el Medicamento con receta y se lo administra. Cuando los Medicamentos con receta están cubiertos según este beneficio, no serán cubiertos según la sección Cobertura para Medicamentos con receta de este Contrato.

**O. Atención por maternidad y de recién nacidos.**

Cubrimos servicios de atención por maternidad proporcionados por un Médico o una partera, un profesional en enfermería, un Hospital o un centro de nacimiento. Cubrimos la atención prenatal (incluida una [1] consulta para análisis genético), la atención posnatal, el parto y las complicaciones del embarazo. Para que se cubran los servicios de una partera, este debe tener matrícula según el Artículo 140 de la Ley de Educación de Nueva York, ejercer conforme a la Sección 6951 de la Ley de Educación de Nueva York y estar afiliada o ejercer en colaboración con el Centro autorizado conforme al Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de Nueva York. No pagaremos por servicios de rutina duplicados brindados por una partera y por un Médico. Consulte la sección Servicios para Pacientes Internados de este Contrato para obtener información de la Cobertura de la atención de maternidad de pacientes internados.

Cubrimos apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia, que incluye el costo de alquiler o la compra de un (1) sacaleches por embarazo durante el período de lactancia de un Proveedor participante o un proveedor designado.

**P. Consultas en el consultorio.**

Cubrimos las consultas para el diagnóstico y el tratamiento de una lesión, enfermedad y afecciones médicas. Las consultas pueden incluir visitas a domicilio.

**Q. Servicios para pacientes externos en un hospital.**

Cubrimos servicios hospitalarios y suministros según se describen en la sección

Servicios para Pacientes Internados de este Contrato, que se pueden proporcionar mientras recibe tratamiento en Centro para pacientes externos. Por ejemplo, los Servicios Cubiertos incluyen, entre otras cosas, terapia de inhalación, rehabilitación pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca. A menos que le estén realizando pruebas previas al ingreso, los Hospitales no son Proveedores participantes para las pruebas y los procedimientos de laboratorio de pacientes externos.

#### **R. Pruebas previas al ingreso.**

Cubrimos las pruebas previas al ingreso indicadas por Su Médico y realizadas en Centros hospitalarios para pacientes externos antes de una cirugía programada en el mismo Hospital siempre que:

- las pruebas sean necesarias y coherentes con el diagnóstico y tratamiento de la afección para la cual se realizará la cirugía;
- las reservas para una cama de Hospital y la sala de operaciones se realicen antes de llevar a cabo las pruebas;
- la cirugía se realice dentro de los siete (7) días después de las pruebas; y
- el paciente esté físicamente presente en el Hospital para las pruebas.

#### **S. Servicios de Rehabilitación.**

Cubrimos los Servicios de Rehabilitación que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento de pacientes externos de un Centro o en el consultorio de un Profesional de atención médica durante un máximo de 60 consultas por afección, por año del plan. El límite de consultas se aplica a todas las terapias combinadas. Para los fines de este beneficio, "por afección" significa la enfermedad o lesión que causa la necesidad de la terapia.

Cubrimos fisioterapia y terapia del habla solo cuando:

- la terapia está relacionada con el tratamiento o el diagnóstico de Su enfermedad física o lesión;
- el Médico indica el tratamiento; y
- Usted ha sido ingresado en un Hospital o lo han operado por esa enfermedad o lesión.

Los Servicios de Rehabilitación Cubiertos deben comenzar seis (6) meses después de lo último que ocurra entre:

- la fecha de la lesión o enfermedad que causó la necesidad del tratamiento;
- la fecha en que le dan el alta del Hospital donde le proporcionaron el tratamiento quirúrgico; o
- se otorga la fecha de la atención quirúrgica para pacientes externos.

En ningún caso el tratamiento continuará luego de los 365 días de haber transcurrido el evento.

#### **T. Segundas opiniones.**

- 1. Segunda opinión sobre el cáncer.** Cubrimos una segunda opinión médica por parte de un Especialista adecuado, incluido, entre otros, un Especialista afiliado a un centro de atención de especialidad, en caso de un diagnóstico positivo o negativo de cáncer, una recidiva de cáncer o una recomendación de un

tratamiento contra el cáncer. Puede obtener una segunda opinión de parte de un Proveedor no participante de la red cuando el Médico que lo atiende proporciona una Remisión escrita para un Especialista no participante.

2. **Segunda opinión quirúrgica.** Cubrimos una segunda opinión quirúrgica de un Médico calificado sobre la necesidad de una cirugía.
3. **Segunda opinión quirúrgica requerida.** Es posible que necesitemos una segunda opinión antes de autorizar previamente un procedimiento quirúrgico. Usted no tiene que pagar nada cuando solicitamos una segunda opinión.
  - La segunda opinión debe provenir de un Especialista certificado por la junta que lo examine personalmente.
  - Si la primera y la segunda opinión no coinciden, Usted puede obtener una tercera opinión.
  - Es posible que los especialistas que le brinden la segunda y la tercera opinión no le realicen la cirugía.
4. **Segundas opiniones en otros casos.** Pueden existir otras instancias en las que Usted no esté de acuerdo con el curso de tratamiento recomendado por un Proveedor. En esos casos, Usted puede solicitar que designemos otro Proveedor para obtener una segunda opinión. Si la primera y la segunda opinión no coinciden, Nosotros designaremos otro Proveedor para que emita una tercera opinión. Luego de finalizar el proceso de la segunda opinión, aprobaremos los Servicios Cubiertos respaldados por una mayoría de los Proveedores que revisen Su caso.

#### **U. Servicios quirúrgicos.**

Cubrimos servicios de Médicos para procedimientos quirúrgicos, incluidos los procedimientos de corte y operación para el tratamiento de una enfermedad o lesión, y la reducción cerrada de fracturas o dislocación de huesos, endoscopias, incisiones o punciones de la piel en pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluidos los servicios del cirujano o Especialista, el asistente (incluso el asistente de un Médico o profesional en enfermería) y el anestésista o anestesiólogo, junto con la atención prequirúrgica y posquirúrgica. Los beneficios no están disponibles para servicios de anestesia proporcionados como parte de un procedimiento quirúrgico cuando lo realiza un cirujano o el asistente del cirujano.

En algunos casos, dos (2) o más procedimientos quirúrgicos se realizan durante la misma operación.

1. **Mediante la misma incisión.** Si varios procedimientos quirúrgicos Cubiertos se realizan mediante la misma incisión, Nosotros pagaremos el procedimiento con el Monto permitido más alto y el 50% de la cantidad que pagaríamos según lo estipulado en este Contrato por procedimientos secundarios, excepto procedimientos secundarios que, de acuerdo con normas de códigos reconocidas a nivel federal, están exentos de reducciones a procedimientos quirúrgicos múltiples. No pagaremos nada por un procedimiento secundario que se facture con un procedimiento primario cuando el procedimiento secundario es menor que el procedimiento primario.

- 2. Mediante diferentes incisiones.** Si varios procedimientos quirúrgicos Cubiertos se realizan durante la misma sesión de operación pero mediante diferentes incisiones, Nosotros pagaremos:
- el procedimiento con el mayor Monto permitido; y
  - el 50% del monto que pagaríamos por los otros procedimientos.

#### **V. Cirugía bucal.**

Cubrimos los siguientes procedimientos quirúrgicos dentales y bucales limitados:

- Procedimientos quirúrgicos bucales para los huesos de la mandíbula o el tejido que la rodea y los servicios dentales para la reparación o el reemplazo de dientes naturales intactos que sean necesarios debido a una lesión accidental. El reemplazo está Cubierto solo cuando no es posible realizar una reparación. Los servicios dentales deben obtenerse dentro de los 12 meses desde la lesión.
- Procedimientos quirúrgicos bucales para los huesos de la mandíbula o el tejido que la rodea y servicios dentales necesarios debido a enfermedades o anomalías congénitas.
- Procedimientos quirúrgicos bucales necesarios para la corrección de una afección fisiológica no dental que tuvo como resultado un deterioro funcional grave.
- Extracción de tumores y quistes que requieran exámenes patológicos de las mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar y base de la boca. Los quistes relacionados con los dientes no están Cubiertos.
- Procedimientos médicos quirúrgicos y no quirúrgicos para trastornos de la articulación temporomandibular y cirugía ortognática.

#### **W. Cirugía reconstructiva de mamas.**

Cubrimos la cirugía reconstructiva de mamas después de una mastectomía o una mastectomía parcial. La cobertura incluye: todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se haya realizado la mastectomía o la mastectomía parcial; cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico; y complicaciones físicas de la mastectomía o la mastectomía parcial, incluidos linfedemas, de la manera en que lo determinen adecuado Usted y el Médico que lo trata. También Cubrimos el implante de prótesis mamarias después de una mastectomía o una mastectomía parcial.

#### **X. Otras cirugías reconstructivas y correctivas.**

Cubrimos cirugías reconstructivas y correctivas además de la cirugía reconstructiva de mamas solo cuando:

- se realiza para corregir un defecto de nacimiento congénito de un niño con cobertura que tuvo como consecuencia un defecto funcional;
- es secundaria a una cirugía o se realiza luego de una cirugía que era necesaria por un trauma, infección, o enfermedad de la parte en cuestión; o
- es Médicamente necesaria por otros motivos.

## **Y. Trasplantes.**

Cubrimos solo aquellos trasplantes que se determinan como no experimentales y no de investigación. Los trasplantes Cubiertos incluyen, entre otros, trasplantes de riñón, córnea, hígado, corazón y corazón/pulmones, y trasplante de médula ósea.

**Todos los trasplantes deben estar indicados por Su(s) Especialista(s). Además, todos los trasplantes deben realizarse en Hospitales que hayamos aprobado y designado específicamente para realizar estos procedimientos.**

Cubrimos los costos médicos y del Hospital, incluida la tarifa de búsqueda de un donante, del Suscriptor-receptor. Cubrimos servicios de trasplante necesarios cuando Usted es el donante de órganos solo si el receptor está cubierto por Nosotros. No Cubrimos los costos médicos de una persona no cubierta que será el donante para Usted si los costos de la persona no cubierta estarán Cubiertos por otro programa o plan de salud.

No Cubrimos lo siguiente: costos de viaje, alojamiento, alimentos u otros gastos de estadía para los donantes o los receptores, las tarifas de los donantes relacionadas con la cirugía de trasplante de órganos, o la recolección y el almacenamiento de rutina de células madre del cordón umbilical de un recién nacido.

## SECCIÓN X

### Beneficios, equipos y dispositivos adicionales

Consulte la sección Esquema de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos compartidos, las limitaciones en días o visitas y cualquier requisito de Autorización previa o Remisión que se aplique a estos beneficios.

#### **A. Trastorno del espectro autista.**

Cubrimos los siguientes servicios cuando a dichos servicios los indica u ordena un Médico autorizado o un psicólogo autorizado y Nosotros determinamos que son Médicamente necesarios para la detección, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno del espectro autista. A los fines de este beneficio, se entiende por "trastorno del espectro autista" todo trastorno del desarrollo definido en la edición más reciente del Manual de diagnóstico y estadísticas de trastornos mentales al momento en que se brindan los servicios.

- 1. Detección y diagnóstico.** Cubrimos evaluaciones, exámenes y pruebas para determinar si una persona presenta trastorno del espectro autista.
- 2. Dispositivos de asistencia para la comunicación.** Cubrimos una evaluación formal realizada por un patólogo del habla y del lenguaje para determinar la necesidad de un dispositivo de asistencia para la comunicación. En función de esta evaluación formal, Cubrimos el alquiler o la compra de dispositivos de asistencia para la comunicación cuando lo ordene o lo indique un Médico autorizado o un psicólogo autorizado si Usted no puede comunicarse mediante los medios normales (es decir, mediante el habla o la escritura) cuando la evaluación indique que es probable que un dispositivo de asistencia para la comunicación le brinde una mejora en la comunicación. Los ejemplos de dispositivos de asistencia para la comunicación incluyen tableros de comunicación y dispositivos generadores de voz. La cobertura es limitada para dispositivos dedicados. Solo Cubrimos dispositivos que generalmente no son útiles para una persona que no posee una deficiencia en la comunicación. No Cubrimos artículos como computadoras portátiles, de escritorio o tabletas, entre otros. Cubrimos programas informáticos y aplicaciones que permiten que una computadora portátil, de escritorio o una tableta funcionen como un dispositivo generador de voz. La instalación del programa y la asistencia técnica no son reembolsables por separado. Nosotros determinaremos si el dispositivo debe comprarse o alquilarse.

Cubrimos la reparación, la colocación de reemplazos y el ajuste de dichos dispositivos cuando sea necesario por el deterioro por el uso normal o por un cambio importante en Su afección física. No Cubrimos el costo de reparación o reemplazo cuando sea necesario debido a pérdida o daño



causado por uso incorrecto, maltrato o robo. La cobertura se proporcionará para el dispositivo más apropiado para Su nivel funcional actual.

- 3. Tratamiento de salud conductual.** Cubrimos asesoramiento y programas de tratamiento que son necesarios para desarrollar, mantener o restablecer, al máximo nivel posible, las funciones de una persona. Nosotros proporcionaremos dicha Cobertura cuando lo brinde un Proveedor autorizado. Cubrimos el análisis aplicado de la conducta cuando lo realiza un Profesional de atención médica certificado o autorizado de análisis aplicado de la conducta. "Análisis aplicado de la conducta" hace referencia al diseño, la implementación y la evaluación de modificaciones del entorno, usando estímulos y consecuencias conductuales para generar mejoras significativas en cuanto a lo social en el comportamiento humano, incluido el uso de la observación directa, la determinación y el análisis funcional de la relación entre el entorno y el comportamiento. El programa de tratamiento debe describir metas mensurables que aborden la afección y las deficiencias funcionales para las que se aplica la intervención e incluir metas para una evaluación inicial y posteriores evaluaciones temporales durante la intervención en términos mensurables y objetivos.
- 4. Atención a la salud mental y psicológica.** Cubrimos servicios directos o de asesoramiento provistos por un psiquiatra, un psicólogo o un asistente social clínico autorizado con la experiencia requerida por la Ley de Seguro Médico de Nueva York, autorizada en el estado en el que trabajan.
- 5. Atención terapéutica.** Cubrimos servicios terapéuticos necesarios para desarrollar, mantener o restablecer, al máximo nivel posible, las funciones de la persona cuando a los servicios los proporcionan terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y asistentes sociales autorizados o certificados para tratar el trastorno del espectro autista y cuando los servicios proporcionados por dichos Proveedores están Cubiertos por lo estipulado en este Contrato. A menos que la ley prohíba lo contrario, los servicios proporcionados según lo estipulado en este párrafo deben estar incluidos en todos los límites máximos de consultas aplicables a los servicios de dichos terapeutas o asistentes sociales mencionados en este Contrato.
- 6. Atención farmacológica.** Cubrimos Medicamentos con receta para tratar el trastorno del espectro autista indicados por un Proveedor legalmente autorizado para recetarlos según el Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York. La Cobertura de estos Medicamentos con receta está sujeta a todas las condiciones, disposiciones y limitaciones que aplican a los beneficios de Medicamentos con receta según lo estipulado en este Contrato.

- 7. Limitaciones.** No Cubrimos servicios ni tratamientos establecidos anteriormente cuando dichos servicios o tratamientos se proporcionan en conformidad con un plan de educación individualizado según la Ley de Educación de Nueva York. La provisión de servicios en conformidad con un plan de servicios individualizado para la familia según lo estipulado en la sección 2545 de la Ley de Salud Pública de Nueva York, un plan de educación individualizado según lo estipulado en el Artículo 89 de la Ley de Educación de Nueva York, o un plan de servicios individualizado según lo estipulado en las regulaciones de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo del Estado de Nueva York no debe afectar la Cobertura establecida en este Contrato de los servicios proporcionados de manera complementaria fuera de un entorno educativo si dichos servicios son indicados por un Médico autorizado o un psicólogo autorizado.

Usted es responsable de toda cláusula de Copagos o Coseguros aplicable según lo estipulado en este Contrato por servicios similares. Por ejemplo, todos los Copagos o Coseguros que se apliquen a las consultas de fisioterapia generalmente también se aplicarán a servicios de fisioterapia Cubiertos según lo estipulado en este beneficio, y todos los Copagos o Coseguros para Medicamentos con receta también se aplicarán para los Medicamentos con receta Cubiertos por este beneficio. Consulte la sección Esquema de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costo compartido que se aplican a los servicios de análisis aplicado de conducta y dispositivo de asistencia para la comunicación.

Nada de lo establecido en este Contrato debe interpretarse como que afecta las obligaciones de proporcionar cobertura para Servicios Cubiertos únicamente en función de que estos servicios constituyan servicios de un programa de intervención temprana en conformidad con la Sección 3235-a de la Ley de Seguro Médico de Nueva York o un plan de servicios individualizado en conformidad con las regulaciones de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo del estado de Nueva York.

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

Cubrimos equipos, suministros y educación de autocontrol para la diabetes si fueran recomendados o recetados por un Médico u otro Profesional de atención médica legalmente autorizado para recetar conforme al Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York, tal como se describe a continuación:

**1. Equipos y suministros.**

Cubrimos los siguientes equipos y suministros relacionados para el tratamiento de la diabetes cuando los indica Su Médico u otro Proveedor legalmente autorizado para recetar:

- Tiras reactivas de acetona
- Comprimidos reactivos de acetona
- Alcohol o peróxido por pinta

- Paños con alcohol
- Todas las preparaciones de insulina
- Kit de lancetas automáticas para sangre
- Kit para medir la glucosa en sangre
- Tiras para medir la glucosa en sangre (de prueba o reactivas)
- Monitor de glucosa en sangre con o sin funciones especiales para las personas con deterioro visual, soluciones de control y tiras para el monitor de glucosa en sangre del hogar
- Cartuchos para las personas con deterioro visual
- Sistemas de gestión de datos de diabetes
- Cartuchos para plumas e insulina descartables
- Dispositivos de extracción para las personas con deterioro visual
- Equipo para el uso de la bomba
- Glucagón para inyección para aumentar la concentración de glucosa en sangre
- Tiras reactivas de acetona/glucosa
- Tiras reactivas de glucosa
- Cinta reactiva de glucosa
- Equipo auxiliar para inyección
- Inyector automático (Busher)
- Insulina
- Dispositivo de liberación del cartucho de insulina
- Dispositivo de infusión de insulina
- Bomba de insulina
- Lancetas
- Agentes orales como tabletas y geles de glucosa
- Agentes orales contra la diabetes utilizados para reducir los niveles de azúcar en sangre
- Jeringa con aguja; caja de 1 cc estéril
- Productos para análisis de orina para la detección de glucosa y cetonas
- Suministros adicionales, tal como el Comisionado de Salud del estado de Nueva York lo designe mediante regulación como apropiado para el tratamiento de la diabetes

Los equipos y suministros para la diabetes están Cubiertos solo cuando se los obtiene de un fabricante de equipos o suministros para diabetes designado que tenga un acuerdo con Nosotros para proporcionar todos los equipos y suministros para diabetes requeridos por ley para los Miembros a través de las farmacias participantes. Si Usted necesita un artículo determinado que no está disponible de Nuestro fabricante de equipos o suministros para diabetes designado, Usted o Su Proveedor deben presentar una solicitud para una excepción médica llamando al número que aparece en Su tarjeta de identificación. Nuestro director médico realizará todas las determinaciones de excepciones médicas. Los suministros y equipos para la diabetes están limitados a un suministro de 30 días hasta un máximo de un suministro de 90 días cuando se los adquiere en una farmacia.

## **2. Educación para el autocontrol.**

La educación para el autocontrol de la diabetes es educación pensada para educar a las personas con diabetes sobre el autocontrol adecuado y el tratamiento de su afección, incluida la información sobre dietas apropiadas. Cubrimos la educación sobre autocontrol y nutrición al inicio del diagnóstico de la diabetes, cuando un Médico diagnostica un cambio significativo en Sus síntomas o afección que requieren un cambio en Su educación de autocontrol, o cuando es necesario un curso de actualización. Debe proporcionarse de acuerdo con lo siguiente:

- por un Médico u otro Proveedor de atención médica autorizado a recetar según lo estipulado en el Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York, o su personal durante una consulta;
- mediante la Remisión de Su Médico u otro Proveedor de atención médica autorizado a recetar según lo estipulado en el Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York a los siguientes educadores de salud no médicos: educadores enfermeros de diabetes certificados; nutricionistas certificados; dietistas certificados, y dietistas registrados en un entorno de grupo cuando sea posible; y
- la educación de proporcionará en Su hogar cuando sea Médicamente necesario.

## **3. Limitaciones.**

Los artículos solamente se proporcionarán en las cantidades acordes al plan de tratamiento desarrollado por el Médico para Usted. Cubrimos únicamente los modelos básicos de monitores de glucosa en sangre, a menos que Usted tenga necesidades especiales relacionadas con visión deficiente o ceguera o que sea médicamente necesario de otra manera.

**Tratamiento escalonado para equipos y suministros para la diabetes.** El tratamiento escalonado es un programa que requiere que Usted pruebe un tipo de Medicamento con receta, suministro o equipo para la diabetes, a menos que otro Medicamento con receta, suministro o equipo sea Médicamente necesario. Los Medicamentos con receta, los suministros y los equipos para la diabetes que están sujetos al tratamiento escalonado incluyen los siguientes:

- monitores de glucosa y tiras reactivas para diabéticos;
- suministros para la diabetes (incluidos, entre otros, jeringas, lancetas, agujas, plumas);
- insulina;
- agentes antidiabéticos inyectables; y
- agentes antidiabéticos orales.

Para ver los Medicamentos con receta para la diabetes, consulte las disposiciones del tratamiento escalonado en la sección Medicamentos con receta y las disposiciones de Determinación de anulación del protocolo del tratamiento escalonado en la sección Revisión de utilización de este Contrato.

## **C. Equipos médicos duraderos y dispositivos ortopédicos.**

Cubrimos el alquiler o la compra de equipos médicos duraderos y dispositivos ortopédicos.

### **1. Equipo médico duradero.**

El equipo médico duradero es aquel equipo que se caracteriza por lo siguiente:

- está diseñado y tiene como objetivo el uso repetido;
- se utiliza principal y generalmente con fines médicos;
- no suele ser útil para una persona que no tenga una enfermedad o lesión; y
- es adecuado para utilizar en el hogar.

Solo se cubren equipos estándares. Cubrimos el costo de reparación o reemplazo cuando sea necesario por el deterioro por el uso normal. No Cubrimos el costo de reparación o reemplazo si esto es consecuencia de uso incorrecto o maltrato por parte de Usted. Nosotros determinaremos si se debe alquilar o comprar el equipo. No Cubrimos equipos médicos duraderos de venta libre.

No cubrimos equipo diseñados para Su comodidad o conveniencia (por ejemplo, piscinas, hidromasajes, aires acondicionados, saunas, humidificadores, deshumidificadores, equipos de ejercicio), ya que no se ajustan a la definición de equipo médico duradero.

### **2. Dispositivos ortopédicos.**

Cubrimos dispositivos ortopédicos, incluidos dispositivos ortóticos, de uso externo que ayuden de manera temporal o permanente a la totalidad o a una parte de una función o parte externa del cuerpo que se haya perdido o dañado en una lesión, enfermedad o defecto. Solo se cubren equipos estándares. Cubrimos reemplazos cuando un aumento o cambio en Su afección médica hace que el reemplazo sea necesario. No Cubrimos el costo de reparación o reemplazo si esto es consecuencia de uso incorrecto o maltrato por parte de Usted.

### **D. Audífonos.**

Cubrimos audífonos necesarios para la corrección de un problema auditivo (una reducción en la capacidad de percibir sonidos que puede variar entre sordera leve a total). Los audífonos son dispositivos electrónicos amplificadores diseñados para acercar el sonido de manera más eficaz al oído. Un audífono consiste en un micrófono, un amplificador y un receptor.

Los Servicios Cubiertos están disponibles para un audífono que se debe comprar como consecuencia de recomendación por escrito de un Médico e incluye el audífono y los costos del ajuste y prueba relacionados. Cubrimos una única compra (que incluye la reparación y el remplazo) de audífonos para uno (1) o ambos oídos una vez cada tres (3) años.

Los audífonos anclados al hueso están Cubiertos solo si Usted presenta alguno de los siguientes problemas:

- anomalías craneofaciales cuyos canales auditivos anormales o ausentes descartan el uso de un audífono portátil; o
- pérdida de audición de suficiente gravedad que no será remediada de manera adecuada con un audífono portátil.

Si cumple con los criterios para un audífono anclado al hueso, la Cobertura se proporciona para un (1) audífono por oído durante todo el período en el que Usted esté inscrito según lo estipulado en este Contrato. Cubrimos reparaciones y reemplazos de audífonos anclados al hueso únicamente por mal funcionamiento.

### **E. Hospicio.**

La Atención en un Hospicio está disponible si Su Médico de atención primaria ha certificado que Usted tiene seis (6) meses de vida o menos. Cubrimos Atención en un Hospicio para pacientes hospitalizados en un Hospital u hospicio y atención a domicilio y servicios ambulatorios proporcionados por el hospicio, que incluye medicamentos y suministros médicos. La cobertura se proporciona durante 210 días de Atención en un Hospicio. Nosotros también Cubrimos cinco (5) consultas para atención de apoyo y orientación con el fin de ayudarle a Usted y Su familia cercana a superar los problemas sociales y emocionales relacionados con Su muerte, antes o después de que fallezca.

Cubrimos la Atención en un Hospicio solo cuando se proporciona como parte de un programa de Atención en un Hospicio certificado conforme al Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de Nueva York. Si la atención se proporciona fuera del estado de Nueva York, el hospicio debe estar certificado conforme a un proceso de certificación similar requerido por el estado en el que se encuentra el hospicio. No Cubrimos arreglos de funeral; asesoramiento legal, financiero o pastoral; servicios de empleada doméstica; cuidador ni atención de relevo.

### **F. Suministros médicos.**

Cubrimos suministros médicos que son necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta en virtud de este Contrato. También Cubrimos los suministros de mantenimiento (por ejemplo, suministros de ostomía) para las afecciones cubiertas en virtud de este Contrato. Todos esos suministros se deben proporcionar en la cantidad adecuada para el tratamiento o programa de mantenimiento en curso. Nosotros no Cubrimos suministros médicos de venta libre. Consulte la sección Equipos, suministros y educación de autocontrol para la diabetes mencionada para obtener una descripción de la Cobertura de suministros para la diabetes.

### **G. Dispositivos protésicos.**

#### **1. Dispositivos protésicos externos.**

Cubrimos dispositivos protésicos (incluso pelucas) de uso externo que reemplacen de manera temporal o permanente, total o parcialmente, una parte externa del cuerpo que se haya perdido o dañado debido a una lesión o enfermedad. Solamente Cubrimos las pelucas cuando Usted tiene una caída del cabello grave debido a una lesión o enfermedad o como un efecto secundario del tratamiento de una enfermedad (por ejemplo, la quimioterapia). No Cubrimos las pelucas realizadas con

cabello humano, salvo que Usted sea alérgico a todos los materiales sintéticos de la peluca.

No Cubrimos dentaduras u otros servicios utilizados relacionados con los dientes a menos que se requieran por una lesión accidental en los dientes naturales sanos o que sean necesarios debido a una anomalía o enfermedad congénita.

Los anteojos y lentes de contacto no están Cubiertos en esta sección del Contrato y solo están Cubiertos en la sección Atención para la vista de este Contrato.

No Cubrimos plantillas ortopédicas.

Cubrimos prótesis mamarias externas luego de una mastectomía, que no están sujetas a ningún límite de por vida.

Solo se Cubren equipos estándares.

Cubrimos el costo de un (1) dispositivo protésico por miembro y de por vida. También Cubrimos el costo de reparación y reemplazo del dispositivo protésico y sus partes. No Cubrimos el costo de reparación o reemplazo cubierto si está en garantía o si la reparación o el reemplazo es consecuencia de uso incorrecto o maltrato por parte de Usted.

## **2. Dispositivos protésicos internos.**

Cubrimos los aparatos especiales y los dispositivos protésicos implantados quirúrgicamente si mejoran o restituyen el funcionamiento de una parte interna del cuerpo que se ha extirpado o dañado debido a una enfermedad o lesión. Esto incluye las prótesis de mamas implantadas luego de una mastectomía o una mastectomía parcial de una manera que Usted y el Médico que la atiende consideren adecuada.

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

Solo se Cubren equipos estándares.

## SECCIÓN XI

### Servicios para pacientes internados

Consulte la sección Esquema de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos compartidos, las limitaciones en días o visitas y cualquier requisito de Autorización previa o Remisión que se aplique a estos beneficios que no son más restrictivos que los que se aplican a los beneficios médicos y quirúrgicos de acuerdo con la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008.

#### **A. Servicios hospitalarios.**

Cubrimos servicios hospitalarios para pacientes internados para cuidados Agudos o el tratamiento prestado o indicado por un Profesional de atención médica en el caso de una enfermedad, lesión o afección cuya gravedad exija un tratamiento como paciente internado, incluido lo siguiente:

- comidas y habitación semiprivada;
- atención de enfermería general, especial y crítica;
- comidas y dietas especiales;
- el uso de equipo y habitaciones de cistoscopia, recuperación y operaciones;
- el uso de equipo y unidades de atención intensiva, cardíaca o de especialidad;
- artículos terapéuticos y de diagnóstico, como fármacos y medicamentos, sueros, productos biológicos y vacunas, preparaciones intravenosas y tintes de visualización y administración, pero no se incluyen los que no están disponibles comercialmente para la compra y aquellos que el Hospital puede obtener fácilmente;
- vendajes y yesos;
- suministros y el uso de equipo relacionado con oxígeno, anestesia, fisioterapia, quimioterapia, electrocardiógrafos, electroencefalógrafos, terapia de radiación y exámenes con radiografías, exámenes patológicos y de laboratorio;
- sangre y productos sanguíneos, excepto cuando la participación en un programa voluntario de reemplazo de sangre se encuentra disponible para Usted;
- terapia de radiación, terapia de inhalación, quimioterapia, rehabilitación pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca;
- fisioterapia, terapia del habla y ocupacional a corto plazo; y
- todos los suministros y servicios médicos adicionales que se proporcionan mientras Usted es un paciente internado registrado y que el Hospital factura.

Los requisitos de Costos compartidos en la sección Esquema de beneficios de este Contrato se aplican a una estadía continua en el Hospital, que incluye días consecutivos de servicios hospitalarios que se reciben como paciente internado o estadías sucesivas cuando se da el alta y se reingresa en el Hospital en un plazo no superior a 90 días.

#### **B. Servicios de observación.**

Cubrimos los servicios de observación en un Hospital. Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se proporcionan para ayudar a un Médico a decidir si lo admiten a Usted en el Hospital o le dan el alta. Estos



servicios incluyen el uso de una cama y un control periódico del enfermero o cualquier otro personal autorizado.

**C. Servicios médicos para pacientes internados.**

Cubrimos las consultas médicas de un Profesional de atención médica durante cualquier día de atención para pacientes internados Cubiertos según lo estipulado en este Contrato.

**D. Estadía de pacientes internados para la atención de maternidad.**

Cubrimos atención de maternidad para pacientes internados en un Hospital para la madre y atención para recién nacidos internados en un Hospital para el bebé, durante 48 horas como mínimo luego de un parto normal y 96 horas como mínimo luego de un parto por cesárea, independientemente de si dicha atención es Médicamente necesaria o no. La atención proporcionada deberá incluir educación para los padres, asistencia y capacitación sobre lactancia materna o artificial, y la realización de todas las evaluaciones clínicas para la madre y el recién nacido que sean necesarias. También Cubrimos los días adicionales de dicha atención médica que determinemos que son Médicamente necesarios. En caso de que la madre elija dejar el Hospital y solicite una consulta de atención a domicilio antes del período de Cobertura mínimo de 48 o 96 horas, Cubriremos una consulta de atención a domicilio. La consulta de atención a domicilio se proporcionará dentro de las 24 horas después del alta de la madre o cuando la madre realice la solicitud, lo que sea posterior. Nuestra Cobertura de esta consulta de atención médica a domicilio se realizará además de las consultas de atención médica a domicilio según este Contrato y no estarán sujetas a ningún monto de Costo compartido en la sección Esquema de beneficios de este Contrato que se aplica a los beneficios de atención a domicilio.

**E. Estadía de pacientes internados para la atención de mastectomía.**

Cubrimos los servicios para pacientes internados para las Suscriptoras a las que se les realiza una disección de ganglio linfático, lumpectomía, mastectomía o una mastectomía parcial para el tratamiento de cáncer de mama y cualquier complicación física que surja de la mastectomía, incluido un linfedema, durante un período determinado como médicamente apropiado para Usted y el Médico que la trata.

**F. Servicios en bancos de sangre autólogos.**

Cubrimos los servicios en bancos de sangre autólogos cuando se proporcionan en relación con un procedimiento programado para pacientes internados Cubiertos para el tratamiento de una enfermedad o lesión. En esos casos, Cubrimos cargos de almacenamiento durante un período de almacenamiento razonable que sea apropiado para tener la sangre disponible cuando sea necesaria.

**G. Servicios de Habilitación.**

Cubrimos Servicios de Habilitación para pacientes internados que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional durante 60 días por Año del plan. El límite de consultas se aplica a todas las terapias combinadas.

**H. Servicios de Rehabilitación.**

Cubrimos Servicios de Rehabilitación para pacientes internados que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional durante 60 días por Año del plan. La consulta se aplica a todas las terapias combinadas.

Cubrimos fisioterapia y terapia del habla solo cuando:

1. la terapia está relacionada con el tratamiento o el diagnóstico de Su enfermedad física o lesión;
2. el Médico indica el tratamiento; y
3. Usted ha sido ingresado en un Hospital o lo han operado por esa enfermedad o lesión.

Los Servicios de Rehabilitación Cubiertos deben comenzar seis (6) meses después de lo último que ocurra entre:

1. la fecha de la lesión o enfermedad que causó la necesidad del tratamiento;
2. la fecha en que le dan el alta del Hospital donde le proporcionaron el tratamiento quirúrgico; o
3. se otorga la fecha de la atención quirúrgica para pacientes externos.

#### **I. Centro de atención de enfermería especializada.**

Cubrimos los servicios proporcionados en un Centro de atención de enfermería especializada, incluida la atención y el tratamiento en una habitación semiprivada, como se describe en “Servicios Hospitalarios” anteriormente. El cuidado asistencial, de convalecencia o domiciliario no está Cubierto (consulte la sección Exclusiones y Limitaciones de este Contrato). Un ingreso a un Centro de atención de enfermería especializada debe ser respaldado por un plan de tratamiento preparado por Su Proveedor y aprobado por Nosotros. Cubrimos hasta 200 días por Año del plan para el cuidado que no sea asistencial.

#### **J. Atención para pacientes terminales.**

Si recibe un diagnóstico de cáncer avanzado y tiene menos de 60 días de vida, cubriremos los cuidados Agudos proporcionados en un Centro autorizado por el Artículo 28 o un Centro de cuidados agudos que se especializa en la atención de pacientes que padecen una enfermedad terminal. El Médico que lo atiende y el director médico del Centro deben acordar que Su atención médica se proporcionará adecuadamente en el Centro. Si no estamos de acuerdo con Su ingreso en el Centro, tenemos derecho a iniciar una apelación externa acelerada para un Agente de apelaciones externas. Cubriremos y reembolsaremos al Centro por Su atención, sujeto a cualquier limitación aplicable en este Contrato hasta que el Agente de apelaciones externas informe su decisión a Nuestro favor.

Reembolsaremos a los Proveedores no participantes por esta atención para pacientes terminales de la siguiente manera:

1. Reembolsaremos una tarifa que ha sido negociada entre Nosotros y el Proveedor.
2. Si no hay una tarifa negociada, reembolsaremos los cuidados Agudos a la tarifa de cuidados Agudos actual de Medicare del Centro. Si es un nivel de atención alternativo, reembolsaremos el 75% de la tarifa
3. de cuidados Agudos apropiada de Medicare.

#### **K. Limitaciones/Condiciones de Cobertura.**

1. Cuando esté recibiendo atención para pacientes internados en un Centro, no

Cubriremos cargos adicionales por enfermeros de servicio especial, cargos por habitaciones privadas (salvo que una habitación privada sea Médicamente necesaria) ni medicamentos o suministros que Usted se lleve a su hogar desde el Centro. Si ocupa una habitación privada, y la habitación privada no es Médicamente necesaria, Nuestra Cobertura se basará en el cargo máximo de la habitación semiprivada del Centro. Deberá pagar la diferencia entre ese cargo y el cargo de la habitación privada.

2. No Cubrimos gastos de radio, teléfono o televisión ni servicios de barbería o de belleza.
3. No Cubrimos ningún cargo incurrido después del día en que le informemos que ya no es Médicamente necesario para Usted recibir atención para pacientes internados, a menos que Nuestra denegación sea anulada por un Agente de apelaciones externas.

## SECCIÓN XII

### Servicios de atención a la salud mental y de uso de sustancias

Consulte la sección Esquema de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos compartidos, las limitaciones en días o visitas y cualquier requisito de Autorización previa o Remisión que se aplique a estos beneficios, que no son más restrictivos que los que se aplican a los beneficios médicos y quirúrgicos de acuerdo con la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008.

#### A. Servicios de atención a la salud mental.

- 1. Servicios para pacientes internados.** Cubrimos servicios de atención a la salud mental para pacientes internados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, nerviosos y emocionales comparables con otra cobertura hospitalaria, médica y quirúrgica similar proporcionada por este Contrato. La Cobertura de servicios para pacientes internados por atención a la salud mental se limita a los Centros definidos en la Sección 1.03(10) de la Ley de Salud Mental de Nueva York, como los siguientes:
  - un Centro psiquiátrico o para pacientes internados en la jurisdicción de la Oficina de Salud Mental del estado de Nueva York;
  - un Centro psiquiátrico para pacientes internados dirigido por el gobierno local o estatal;
  - una parte de un Hospital que proporciona servicios de atención a la salud mental para pacientes internados mediante un certificado de funcionamiento emitido por el comisionado de Salud Mental del estado de Nueva York;
  - un programa de emergencia psiquiátrica integral u otro Centro que proporciona atención a la salud mental para pacientes internados, que ha obtenido un certificado de funcionamiento del comisionado de Salud Mental del estado de Nueva York;

y, en otros estados, Centros certificados o autorizados de manera similar.

También Cubrimos servicios de atención a la salud mental para pacientes internados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, nerviosos y emocionales recibidos en Centros que proporcionan tratamiento residencial, incluidos los cargos de habitación y comida. La Cobertura para los servicios de tratamiento residencial se limita a centros de tratamiento residencial que son parte de un centro de atención integral para los trastornos de alimentación identificados por el Artículo 27-J de la Ley de Salud Pública de Nueva York y, en otros estados, se limita a los Centros que están certificados o autorizados para proporcionar el mismo nivel de tratamiento.

- 2. Servicios para pacientes externos.** Cubrimos servicios de atención a la salud mental para pacientes externos, incluidos, entre otros, los servicios de

programas de hospitalización parcial y los servicios de programas intensivos para pacientes externos, relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, nerviosos y emocionales. La Cobertura de los servicios para pacientes externos de la atención a la salud mental incluye Centros que han obtenido un certificado de funcionamiento conforme al Artículo 31 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York o son administrados por la Oficina de Salud Mental del estado de Nueva York y, en otros estados, Centros certificados o autorizados de manera similar; y servicios proporcionados por un psiquiatra o psicólogo autorizado; un asistente social clínico autorizado que tiene tres (3) años de experiencia adicional en psicoterapia, como mínimo; un terapeuta familiar y matrimonial autorizado; o una corporación profesional o una corporación de consultorios universitarios de esta.

**3. Limitaciones/Condiciones de Cobertura.** No Cubrimos lo siguiente:

- beneficios o servicios considerados de naturaleza estética con el argumento de que cambiar o mejorar la apariencia de una persona está justificado por las necesidades de salud mental de la persona;
- beneficios o servicios de salud mental para las personas que están encarceladas, confinadas o reclusas en una prisión o centro correccional local; o
- servicios únicamente porque son pedidos por un tribunal.

**B. Servicios por uso de sustancias.**

- 1. Servicios para pacientes internados.** Cubrimos servicios por uso de sustancias para pacientes internados relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de un trastorno de uso de sustancias. Esto incluye la Cobertura de servicios de rehabilitación y desintoxicación como consecuencia del uso de sustancias o de sustancias químicas. Los servicios por uso de sustancias para pacientes internados se limitan a Centros en el estado de Nueva York que están certificados por la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Uso de Sustancias (“OASAS”); y, en otros estados, se limitan a esos Centros que están certificados o autorizados por una agencia estatal similar o que están acreditados por la Comisión Conjunta como programas de tratamiento del alcoholismo, uso de sustancias o dependencia de sustancias químicas.

También Cubrimos servicios por uso de sustancias para pacientes internados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de un trastorno por uso de sustancias recibidos en Centros que proporcionan tratamiento residencial, incluidos los cargos de habitación y comida. La Cobertura para los servicios de tratamiento residencial se limita a los Centros certificados por la OASAS que proporcionan servicios definidos en la Regulación 14 NYCRR 819.2(a)(1), 820.3(a)(1) y (2), y la Parte 817; y, en otros estados, se limita a los Centros que están certificados o autorizados por una agencia estatal similar o que están acreditados por la Comisión Conjunta como programas de tratamiento del alcoholismo, uso de sustancias o dependencia de sustancias químicas para proporcionar el mismo nivel de tratamiento.

- 2. Servicios para pacientes externos.** Cubrimos servicios por uso de sustancias para pacientes externos relacionados con el diagnóstico y el

tratamiento de un trastorno por uso de sustancias, incluidos, entre otros, los servicios del programa de hospitalización parcial, los servicios del programa intensivo para pacientes externos y el tratamiento con medicamentos. Dicha Cobertura se limita a los Centros del estado de Nueva York que están certificados o autorizados por la OASAS como clínicas para pacientes externos o programas de uso de sustancias ambulatorios supervisados médicamente, y, en otros estados, se limita a los que están certificados o autorizados por una agencia estatal similar o que están acreditados por la Comisión Conjunta como programas de tratamiento del alcoholismo, uso de sustancias o dependencia de sustancias químicas. La cobertura en un Centro certificado por la OASAS incluye servicios proporcionados por un Proveedor acreditado por la OASAS. La Cobertura también está disponible en un entorno de consultorio profesional para los servicios de trastorno de uso de sustancias para pacientes externos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de alcoholismo, uso de sustancias y dependencia o mediante Médicos a quienes se les ha otorgado una exención conforme a la Ley de Tratamientos para la Drogadicción federal de 2000 con el fin de recetar medicamentos narcóticos del Programa III, IV y V para el tratamiento de adicción a opioides durante la etapa de tratamiento de desintoxicación Aguda o durante las etapas de rehabilitación.

## SECCIÓN XIII

### Cobertura para Medicamentos con receta

Consulte la sección Esquema de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos compartidos, las limitaciones en días o visitas y cualquier requisito de Autorización previa o Remisión que se aplique a estos beneficios.

#### **A. Medicamentos con receta Cubiertos.**

Cubrimos Medicamentos con receta Médicamente necesarios que, salvo que se disponga expresamente lo contrario, se pueden obtener únicamente mediante una receta y:

- por ley deben llevar la leyenda “Precaución: la ley federal prohíbe su entrega sin una receta”;
- deben estar aprobados por la FDA;
- deben estar indicados por un Proveedor autorizado a dar recetas y dentro del alcance de la especialidad del Proveedor;
- deben estar recetados dentro de las pautas de dosificación y administración de la FDA; y
- deben ser entregados por una farmacia autorizada.

Los Medicamentos con receta Cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Medicamentos con receta autoinyectables/autoadministrados.
- Inhaladores (con espaciadores).
- Preparaciones dentales tópicas.
- Vitaminas prenatales, con fluoruro y de entidades simples.
- Medicamentos para la osteoporosis aprobados por la FDA, o equivalentes genéricos como sustitutos aprobados para el tratamiento de la osteoporosis y consistentes con los criterios del programa federal de Medicare o los National Institutes of Health.
- Fórmulas nutricionales para el tratamiento de la fenilcetonuria, cetonuria de cadena ramificada, galactosemia y homocistinuria.
- Fórmulas enterales con receta o sin receta para uso en el hogar, administradas oralmente o por sonda, para las que un Médico u otro Proveedor autorizado ha emitido una orden escrita. La orden escrita debe mencionar que la formula enteral es Médicamente necesaria y que se ha comprobado su eficacia como un régimen de tratamiento específico para la enfermedad de pacientes cuya afección les causaría desnutrición o sufrirían trastornos que derivan en una discapacidad crónica, un retardo mental o la muerte, si no se trata, incluidas, entre otras, enfermedades hereditarias del metabolismo de los aminoácidos o de ácidos orgánicos; la enfermedad de Crohn; reflujo gastroesofágico con retrasos en el crecimiento; motilidad gastroesofágica como pseudoobstrucción intestinal crónica y varias alergias graves a los alimentos.
- Productos alimenticios sólidos modificados con un bajo contenido de proteínas o que contienen proteínas modificadas para tratar ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos

- orgánicos.
- Medicamentos con receta indicados junto con el tratamiento o servicios Cubiertos según lo estipulado en el beneficio del tratamiento de infertilidad en la sección Servicios profesionales y para pacientes externos de este Contrato.
  - Medicamentos para el cáncer de uso no autorizado, siempre que el Medicamento con receta sea reconocido para el tratamiento del tipo específico de cáncer para el que fue recetado en uno (1) de los siguientes compendios de referencia: American Hospital Formulary Service-Drug Information, National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium, Thomson Micromedex DrugDex, Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology, u otro compendio acreditado, como los identificados por la Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos, o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o recomendados por un artículo de revisión o un comentario de editorial en una revista profesional importante revisada por colegas.
  - Medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral utilizados para eliminar o retrasar el crecimiento de células cancerosas.
  - Medicamentos para dejar de fumar, que incluyen medicamentos de venta libre para los que existe una receta escrita, y Medicamentos con receta indicados por un Proveedor.
  - Medicamentos con receta para el tratamiento de la salud mental y los trastornos por uso de sustancias, incluidos los medicamentos para la desintoxicación, el mantenimiento y la reversión de la sobredosis.
  - Medicamentos o dispositivos anticonceptivos o sus equivalentes genéricos aprobados como sustitutos por la FDA.

Puede solicitar una copia de Nuestro Formulario. Nuestro Formulario también está disponible en Nuestro sitio web [www.affinityplan.org/EP/Pharmacy/](http://www.affinityplan.org/EP/Pharmacy/). Puede preguntar si un medicamento específico está Cubierto según lo estipulado en este Contrato comunicándose con Nosotros al número que aparece en Su tarjeta de identificación.

## **B. Resurtidos.**

Cubrimos Resurtidos de Medicamentos con receta solo cuando se obtienen en farmacias minoristas, por pedidos por correo o en Farmacias designadas, pedidos por un Proveedor autorizado y únicamente cuando ya se hayan consumido tres cuartos del Medicamento con receta original. Los beneficios de Resurtidos no se proporcionarán luego de un (1) año desde la fecha de receta original. En el caso de medicamentos con receta de gotas para los ojos, permitimos el resurtido limitado del Medicamento con receta antes del último día del período de dosis aprobado, independientemente de las limitaciones de cobertura en Resurtidos de renovaciones anticipados. Mientras sea posible, la cantidad de gotas para los ojos del Resurtido anticipado estará limitada a la cantidad que quede en la dosis que se obtuvo inicialmente. Su Costo compartido para el Resurtido limitado es la cantidad que corresponde a cada receta o Resurtido tal como se especifica en la sección Esquema de beneficios de este Contrato.



### **C. Información sobre beneficios y pagos.**

- 1. Gastos de Costos compartidos.** Usted debe pagar los costos especificados en la sección Esquema de beneficios de este Contrato cuando los Medicamentos con receta Cubiertos se obtienen en farmacias minoristas, por pedidos por correo o en Farmacias designadas.

Usted tiene un diseño de plan de tres (3) niveles, lo que significa que los costos que paga de su bolsillo generalmente serán los menores para Medicamentos con receta en el Nivel 1 y los mayores para Medicamentos con receta en el Nivel 3. Los costos que paga de su bolsillo para Medicamentos con receta del Nivel 2 generalmente serán mayores que los del Nivel 1 pero menores que los del Nivel 3.

Usted debe pagar el costo total (la cantidad que le cobre la farmacia) de Medicamentos con receta no Cubiertos, y Nuestras tarifas del Contrato (Nuestros Costos de Medicamentos con receta) no estarán disponibles para Usted.

- 2. Farmacias participantes.** Para Medicamentos con receta obtenidos en farmacias minoristas, por pedidos por correo o en Farmacias designadas participantes, Usted debe pagar el menor costo de:
  - el Costo compartido aplicable; o
  - el costo usual y habitual de la Farmacia participante (que incluye una tarifa de entrega e impuestos de venta) por el Medicamento con receta.(Su Costo compartido nunca excederá el costo usual y habitual del Medicamento con receta).

En el caso de que Nuestras Farmacias participantes no puedan proporcionarle el Medicamento con receta Cubierto y no puedan pedir el Medicamento con receta en un tiempo razonable, Usted puede, con Nuestra aprobación previa por escrito, acudir a una Farmacia no participante que pueda proporcionarle el Medicamento con receta. Le pagaremos a Usted el costo del Medicamento con receta por dicho Medicamento con receta aprobado, menos Su Costo compartido requerido mediante la recepción de un formulario de reclamación de Medicamento con receta completo. Comuníquese con Nosotros al número que aparece en Su tarjeta de identificación o en Nuestro sitio web [www.AffinityPlan.org](http://www.AffinityPlan.org) para solicitar la aprobación.

- 3. Farmacias no participantes.** No pagaremos ningún Medicamento con receta que Usted compre en una Farmacia minorista no participante, a excepción del caso descrito anteriormente.
- 4. Farmacias designadas.** Si Usted requiere ciertos Medicamentos con

receta, que incluyen, entre otros, Medicamentos con receta de especialidad, podemos enviarlo a una Farmacia designada con la cual Nosotros tengamos un acuerdo para proporcionar esos Medicamentos con receta.

En general, los Medicamentos con receta de especialidad son Medicamentos con receta que están aprobados para tratar poblaciones de pacientes o afecciones limitadas, normalmente se inyectan, se infunden o requieren un control cuidadoso por parte de un Proveedor, o tienen disponibilidad limitada, forma y requisitos de entrega especiales y requieren apoyo adicional para el paciente.

Si Usted fue enviado a una Farmacia designada y elige no comprar Su Medicamento con receta en una Farmacia designada, no obtendrá la cobertura para el Medicamento con receta.

Las siguientes clases terapéuticas de Medicamentos con receta están incluidas en este programa:

- agentes para la enfermedad de Gaucher;
- agentes alquilantes;
- inhibidor de alfa-proteinasa (humano);
- aminoglucósidos;
- antiarrítmicos clase III;
- antídotos-agentes quelantes;
- antimetabolitos;
- antineoplásicos-anticuerpos;
- antineoplásicos-inhibidores de la ruta de Hedgehog;
- antineoplásicos-agentes hormonales y relacionados;
- antineoplásicos-antibióticos;
- antineoplásicos-inhibidores de enzimas;
- antineoplásicos-enzimas;
- antineoplásicos-inmunomoduladores;
- antineoplásicos-miscelánea;
- dopaminérgicos antiparkinson;
- antipsoriásicos;
- antirretrovirales;
- anticuerpos monoclonales anti-TNF-alfa;
- reguladores de la densidad ósea;
- agentes para cistinosis;
- reguladores de la fertilidad;
- moduladores de GABA;
- antagonistas del receptor de la hormona del crecimiento;
- hormonas del crecimiento;
- factores de crecimiento hematopoyéticos;
- agentes para la hepatitis;
- sueros inmunológicos;
- inmunomoduladores;
- factores del crecimiento similares a la insulina (somatomedinas);

- antagonista del receptor de interleucina-1 (IL-1Ra);
- inhibidores del receptor de interleucina-6;
- supresores de la glándula pituitaria análogos agonistas de LHRH/GnRH;
- modificadores metabólicos;
- tratamiento farmacológico del trastorno del movimiento;
- agentes para la esclerosis múltiple;
- prostaglandinas vasodilatadoras;
- hipertensión pulmonar-receptor de endotelina;
- hipertensión pulmonar-fosfodiesterasa;
- moduladores selectivos de la coestimulación;
- agentes receptores del factor de necrosis tumoral soluble;
- agentes somatostáticos;
- movilizadores de las células madre;
- inhibidores de topoisomerasa I;
- antagonistas del receptor de vasopresina.

**5. Pedidos por correo.** Ciertos Medicamentos con receta deben pedirse a Nuestro proveedor de pedidos por correo. Usted deberá pagar lo que sea menor entre:

- el Costo compartido aplicable; o
- el costo del Medicamento con receta para ese Medicamento con receta.

(Su Costo compartido nunca excederá el costo usual y habitual del Medicamento con receta).

Para maximizar Su beneficio, pídale a Su Proveedor que escriba Sus pedidos de Medicamentos con receta o de Resurtido para un suministro para 90 días, con los Resurtidos cuando corresponda (no un suministro para 30 días con tres Resurtidos). Es posible que Usted deba pagar el Costo compartido del pedido por correo de todos los pedidos de Medicamentos con receta o de Resurtido enviados al proveedor de pedidos por correo independientemente de la cantidad de días del suministro escrita en el pedido de Medicamentos con receta o de Resurtido.

Los Medicamentos con receta adquiridos mediante pedido por correo se enviarán directamente a Su hogar u oficina.

Brindaremos beneficios que se aplican a medicamentos obtenidos a través de una farmacia de pedidos por correo a aquellos que se obtengan en una farmacia minorista cuando esta tenga un acuerdo de participación con Nosotros o Nuestro proveedor en el que establezca que está de acuerdo con estar legalmente obligado por los mismos términos y condiciones que una farmacia de pedidos por correo participante.

Usted o Su Proveedor pueden obtener una copia de la lista de Medicamentos con receta disponibles para pedido por correo ingresando a Nuestro sitio web [www.Affinityplan.org/EP/Pharmacy/](http://www.Affinityplan.org/EP/Pharmacy/) o llamando al número

que aparece en Su tarjeta de identificación.

- 6. Estado del nivel.** El estado del nivel de un Medicamento con receta puede variar de forma periódica. Los cambios generalmente se dan trimestralmente, pero no más de seis (6) veces por Año del Plan, en función de Nuestras decisiones de nivelación periódicas. Estos cambios pueden producirse sin aviso previo para Usted. No obstante, si Usted tiene una receta para un medicamento que estamos pasando a un nivel más alto (que no sea un medicamento de marca que empieza a estar disponible como medicamento genérico, tal como se describe más adelante), Nosotros le avisaremos. Cuando ocurren dichos cambios, los costos que paga de su bolsillo pueden variar. Puede tener acceso a la mayoría de los estados de nivel actualizados en Nuestro sitio web [www.Affinityplan.org/EP/Pharmacy/](http://www.Affinityplan.org/EP/Pharmacy/) o llamando al número que aparece en Su tarjeta de identificación.
- 7. Cuando un medicamento de marca empieza a estar disponible como medicamento genérico.** Cuando un medicamento de marca empieza a estar disponible como medicamento genérico, es posible que la ubicación en los niveles del medicamento de marca cambie. Si esto sucede, Usted ya no tendrá beneficios para ese medicamento de marca en particular. Tenga en cuenta que si Usted está tomando un medicamento de marca que será excluido porque un medicamento genérico comenzará a estar disponible, Usted recibirá un aviso anticipado por escrito sobre la exclusión del medicamento de marca. Puede solicitar una excepción al Formulario como se describe a continuación y en la sección Apelación externa de este Contrato.
- 8. Proceso de excepciones al Formulario.** Si un Medicamento con receta no está en Nuestro Formulario, Usted, la persona designada por Usted o Su Profesional de atención médica autorizado a dar recetas pueden solicitar una excepción al Formulario para un Medicamento con receta apropiado desde el punto de vista clínico por escrito, por vía electrónica o telefónica. La solicitud debe incluir una declaración de Su Profesional de atención médica autorizado a dar recetas que establezca que los medicamentos del Formulario no serán o no han sido eficaces, no serían tan eficaces como el medicamento que no aparece en el Formulario, o tendrían efectos adversos. Si se rechaza la cobertura en función de lo estipulado por Nuestro proceso estándar o acelerado de excepción del Formulario, Usted tiene derecho a una apelación externa tal como se describe en la sección Apelación externa de este Contrato. Visite Nuestro sitio web [www.AffinityPlan.org](http://www.AffinityPlan.org) o llame al número que aparece en su tarjeta de identificación para conocer más sobre este proceso.

**Revisión estándar de una excepción al Formulario.** Tomaremos una decisión y le notificaremos a Usted o a la persona designada por Usted y al Profesional de atención médica autorizado a dar recetas en un plazo no superior a 72 horas después de que recibamos Su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el Medicamento con receta durante el tiempo que Usted lo tome, incluidos todos los resurtidos.

**Revisión acelerada de una excepción al Formulario.** Si Usted sufre de una afección que podría poner en grave riesgo Su salud, Su vida o Su capacidad de recuperar al máximo sus funciones, o si Usted está atravesando actualmente un tratamiento en curso y consume un Medicamento con receta que no está en el formulario, puede pedir una revisión acelerada para una excepción al Formulario. La solicitud debe incluir una declaración de Su Profesional de atención médica autorizado a dar recetas que indique que Usted razonablemente podría sufrir daños si el medicamento solicitado no se proporciona dentro de los plazos para Nuestro proceso estándar de excepción al Formulario. Tomaremos una decisión y le notificaremos a Usted o a la persona designada por Usted y al Profesional de atención médica autorizado a dar recetas en un plazo no superior a 24 horas después de que recibamos Su solicitud. Si aprobamos la solicitud, Cubriremos el Medicamento con receta mientras Usted tenga la afección de salud que pueda poner en riesgo grave Su salud, Su vida o Su capacidad para recuperar al máximo sus funciones, o por la duración de Su tratamiento en curso actual por el cual consume un Medicamento con receta que no está en el Formulario.

- 9. Límites de suministro.** Pagaremos un suministro de no más de 30 días de un Medicamento con receta adquirido en una farmacia minorista o una Farmacia designada. Usted debe pagar un (1) monto de Costo compartido por hasta un suministro de 30 días.

Los beneficios se ofrecen para los Medicamentos con receta obtenidos a través de una farmacia de pedidos por correo con un suministro máximo de hasta 90 días. Usted debe pagar un (1) monto de Costo compartido por un suministro de 30 días hasta un máximo de dos (2); dos montos y medio (2.5) de Costo compartido por un suministro de 90 días.

- 10. Suministro de emergencia de Medicamentos con receta para el tratamiento de un trastorno de uso de sustancias.** Si Usted tiene una Afección que causa una emergencia, puede acceder inmediatamente, sin Autorización previa, a un suministro de emergencia para cinco (5) días de un Medicamento con receta para el tratamiento de un trastorno de uso de sustancias, incluidos Medicamentos con receta para controlar la abstinencia de opioides y la estabilización, y para revertir la sobredosis con opioides. Si tiene un Copago, será prorrateado. Si recibe un suministro adicional del Medicamento con receta en el período de 30 días en el que Usted recibe el suministro de emergencia, Su Copago por el resto del suministro de 30 días también será prorrateado. En ningún caso el total de Copagos prorrateados será mayor que Su Copago por el suministro de 30 días.

En este párrafo, "Afección que causa una emergencia" hace referencia a un trastorno de uso de sustancias que se manifiesta con síntomas Agudos de gravedad suficiente, incluido el dolor grave o la previsión de un dolor grave, que una persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina podría esperar de manera razonable que la ausencia de atención

médica inmediata tenga como consecuencia:

- poner en grave riesgo la salud de la persona perjudicada con esa afección, o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer, o, si se tratara de una afección conductual, poner en grave riesgo la salud de dicha persona o de otras;
- un deterioro grave de las funciones corporales de esa persona;
- una disfunción grave de un órgano o de una parte del cuerpo de esa persona; o
- una deformación grave de la persona.

**11. Suministro inicial limitado de Medicamentos opioides con receta.**

Si Usted recibe una indicación inicial limitada para un suministro de siete (7) días o menos de un opioide del grupo II, III o IV recetado para el dolor Agudo y Usted tiene un Copago, Su copago será prorrateado. Si Usted recibe un suministro adicional del Medicamento con receta en el período de 30 días en el que Usted recibe el suministro de siete (7) días, Su Copago por el resto del suministro de 30 días también será prorrateado. En ningún caso el total de Copagos prorrateados será mayor que Su Copago por el suministro de 30 días.

**12. Costo compartido para medicamentos contra el cáncer**

**administrados por vía oral.** Su Costo compartido de medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral es, al menos, tan favorable para Usted como la cantidad del Costo compartido, si hubiere, que corresponde a medicamentos contra el cáncer que se administran por vía intravenosa o se inyectan y están Cubiertos según lo estipulado en la sección Servicios profesionales y para pacientes externos de este Contrato.

**D. Administración médica.**

Este Contrato incluye ciertas características para determinar cuándo se deben Cubrir los Medicamentos con receta, las cuales se describen a continuación. Como parte de estas características, se le debe solicitar a Su Proveedor autorizado a dar recetas que brinde más detalles antes de que Nosotros podamos decidir si el Medicamento con receta es Medicamento necesario.

- 1. Autorización previa.** Es posible que se necesite una Autorización previa para determinados Medicamentos con receta, a fin de garantizar que se respeten el uso y las pautas adecuadas para la cobertura para Medicamentos con receta. Cuando corresponda, Su Proveedor será responsable de obtener la Autorización previa para el Medicamento con receta.

Para una lista de Medicamentos con receta que necesitan Autorización previa, visite Nuestro sitio web [www.AffinityPlan.org](http://www.AffinityPlan.org) o llame al número que aparece en Su tarjeta de identificación. La lista será revisada y actualizada periódicamente. También Nos reservamos el derecho a exigir Autorización previa para cualquier Medicamento con receta nuevo en el mercado o para cualquier Medicamento con receta disponible actualmente que esté

atravesando un cambio en los protocolos de receta o en las indicaciones, independientemente de la clasificación terapéutica, incluido el caso de que un Medicamento con receta o un artículo relacionado de la lista no esté Cubierto por lo estipulado en Su Contrato. Su Proveedor puede consultarnos qué Medicamentos con receta están Cubiertos.

**2. Tratamiento escalonado.** El tratamiento escalonado es un proceso mediante el cual quizás Usted deba usar un tipo o más de Medicamentos con receta antes de que Cubramos otro como Medicamento necesario. Un “protocolo de tratamiento escalonado” hace referencia a Nuestra política, protocolo o programa que establece la secuencia en la cual Nosotros aprobamos los Medicamentos con receta para Su condición médica. Al establecer un protocolo de tratamiento escalonado, utilizaremos criterios de revisión clínica reconocidos basados en evidencia y revisados por pares que también tengan en cuenta las necesidades de las poblaciones de pacientes atípicos y los diagnósticos. Controlamos determinados Medicamentos con receta para garantizar que se respeten las pautas adecuadas en cuanto a las recetas. Estas pautas le ayudan a obtener Medicamentos con receta de alta calidad y económicos. Los Medicamentos con receta que requieren Autorización previa dentro del programa de tratamiento escalonado también están incluidos en la lista de medicamentos con Autorización previa. Si un protocolo de tratamiento escalonado es aplicable a Su solicitud de cobertura de un Medicamento con receta, Usted, la persona designada por Usted o Su Profesional de atención médica pueden solicitar una determinación de anulación del protocolo de tratamiento escalonado como se describe en la sección Revisión de utilización de este Contrato.

**3. Sustitución terapéutica.** La sustitución terapéutica es un programa opcional que les presenta a Usted y a Sus Proveedores otras alternativas a ciertos medicamentos recetados. Podemos comunicarnos con Usted y con Su Proveedor para darle a conocer estas opciones. Solo Usted y Su Proveedor pueden determinar si el sustituto terapéutico es adecuado para Usted. Tenemos una lista de medicamentos sustitutos terapéuticos, que revisamos y actualizamos en forma periódica. Si tiene preguntas o dudas sobre los medicamentos sustitutos terapéuticos, visite Nuestro sitio web [www.AffinityPlan.org](http://www.AffinityPlan.org) o llame al número que aparece en Su tarjeta de identificación.

#### **E. Limitaciones/Condiciones de Cobertura.**

1. Nos reservamos el derecho de limitar las cantidades, el suministro de días, el acceso a Resurtidos anticipados o la duración del tratamiento en el caso de determinados medicamentos, según la necesidad médica, incluidos los estándares médicos aceptables o las pautas recomendadas por la FDA.
2. Si determinamos que puede estar utilizando un Medicamento con receta de forma dañina o abusiva, o con una frecuencia perjudicial, es posible que se limite Su selección de las Farmacias participantes. Si esto sucede, podemos solicitarle que seleccione una única Farmacia participante que le proporcione y coordine todos los servicios de farmacia futuros. Los beneficios se pagarán

solo si utiliza la única farmacia participante seleccionada. Si Usted no hace la selección dentro de los 31 días desde la fecha en que le avisamos, Nosotros seleccionaremos una única Farmacia participante para Usted.

3. Los Medicamentos con receta compuestos estarán Cubiertos solo cuando contengan al menos un (1) ingrediente que sea ingrediente principal y constituya un Medicamento con receta Cubierto, y se obtenga en una farmacia aprobada para la venta de medicamentos compuestos. Todos los Medicamentos con receta compuestos cuyo valor sea superior a \$250 requieren que Su Proveedor obtenga una Autorización previa.
4. De vez en cuando, se utilizarán diversos protocolos de “administración de uso” generalizados o específicos, a fin de garantizar el uso adecuado de los medicamentos. Dichos protocolos serán coherentes con pautas médicas estándares/de tratamientos con medicamentos. El principal objetivo de los protocolos es brindar a Nuestros miembros un beneficio de Medicamentos con receta centrado en la calidad. En caso de que se implemente un protocolo de administración de uso, y Usted esté tomando el medicamento afectado por el protocolo, se le notificará con anticipación.
5. Los medicamentos inyectables (que no sean los medicamentos inyectables autoadministrados) y la insulina para la diabetes, los hipoglucémicos orales y el equipo y los suministros para la diabetes no están cubiertos en esta sección pero sí lo están en otras secciones de este Contrato.
6. No Cubrimos cargos por la administración o inyección de ningún Medicamento con receta. Los Medicamentos con receta dados o administrados en el consultorio de un Médico están cubiertos en la sección Servicios profesionales y para pacientes externos de este Contrato.
7. No Cubrimos medicamentos que por ley no requieren una receta, excepto en el caso de medicamentos para dejar de fumar, dispositivos y medicamentos de prevención de venta libre proporcionados en conformidad con las pautas integrales respaldadas por la HRSA o con una calificación de “A” o “B” de la USPSTF, o de alguna otra manera según se estipule en este Contrato. No cubrimos Medicamentos con receta que tengan equivalentes sin receta y de venta libre, excepto que se designe específicamente como Cubierto en el Formulario de medicamentos, o se mencione de otra forma en este Contrato. Los equivalentes sin receta son medicamentos disponibles sin una receta que tienen el mismo nombre/la misma composición química que la contraparte con receta.
8. No Cubrimos Medicamentos con receta para reemplazar aquellos que puedan haberse extraviado o sustraído.
9. No Cubrimos Medicamentos con receta que Usted obtenga mientras se encuentra en un Hospital, hogar de convalecencia, otra institución, Centro o si Usted es un paciente con atención a domicilio, excepto en aquellos casos donde la base del pago de su parte o en Su nombre al Hospital, hogar de



convalecencia, Agencia de atención médica a domicilio o agencia de servicios de atención médica a domicilio, u otra institución, no incluya los servicios de medicamentos.

10. Nos reservamos el derecho de rechazar los beneficios que no sean Medicamento necesarios o que sean experimentales o de investigación respecto de medicamentos recetados u obtenidos en forma contraria a las prácticas médicas estándares. Si se deniega la cobertura, Usted tiene derecho a una Apelación según se describe en las secciones Revisión de utilización y Apelación externa de este Contrato.
11. Una farmacia no tiene la obligación de entregar un Pedido de receta que, según el profesional de la farmacia, no deba surtirse.

#### **F. Condiciones generales.**

1. Debe mostrar Su tarjeta de identificación en una farmacia minorista en el momento que obtenga Su Medicamento con receta o debe proporcionar a la farmacia la información de identificación que Nosotros podemos verificar durante el horario de atención normal. Debe incluir Su número de identificación en los formularios proporcionados por la farmacia de pedidos por correo en la que realizó una compra.

#### **G. Definiciones.**

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

1. **Medicamento de marca:** un Medicamento con receta que: 1) es fabricado y comercializado con un nombre o marca registrada por un fabricante de medicamentos específico; o 2) identificamos como un Medicamento con receta de marca, según los recursos de información disponible. Todos los Medicamentos con receta identificados como “de marca” por el fabricante, la farmacia o Su Médico pueden no estar clasificados como un Medicamento de marca por Nosotros.
2. **Farmacia designada:** una farmacia que ha realizado un acuerdo con Nosotros o con una organización que celebra contratos en Nuestro nombre para proporcionar Medicamentos con receta específicos, incluidos, entre otros, los Medicamentos con receta de especialidad. El hecho de que una farmacia sea una Farmacia participante no significa que sea una Farmacia designada.
3. **Formulario:** la lista que identifica a esos Medicamentos con receta para los que la cobertura puede estar disponible en este Contrato. Esta lista está sujeta a Nuestra revisión y modificación periódicas (por lo general, trimestralmente, pero no más de seis (6) veces por Año del plan). Usted puede determinar a qué nivel se ha asignado un Medicamento con receta particular si visita Nuestro sitio web en [www.AffinityPlan.org](http://www.AffinityPlan.org) o llama al número que figura en Su tarjeta de identificación.

- 4. Medicamento genérico:** un Medicamento con receta que: 1) es equivalente a nivel químico a un Medicamento con receta de marca; o 2) identificamos como un Medicamento con receta genérico según los recursos de información disponibles. Todos los Medicamentos con receta identificados como “genéricos” por el fabricante, la farmacia o Su Médico pueden no estar clasificados como un Medicamento genérico por Nosotros.
- 5. Farmacia no participante:** una farmacia que no ha realizado un acuerdo con Nosotros para proporcionar Medicamentos con receta a Suscriptores.
- 6. Farmacia participante:** una farmacia que:
- ha realizado un acuerdo con Nosotros o la persona que designamos para proporcionar Medicamentos con receta a nuestros miembros;
  - acuerda aceptar tarifas de reembolso especificadas para entregar Medicamentos con receta; y
  - ha sido designada por Nosotros como Farmacia participante.
- Una Farmacia participante puede ser una farmacia minorista o de pedidos por correo.
- 7. Medicamento con receta:** un medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la FDA y que, según la ley estatal y federal, puede entregarse solo mediante un Pedido de receta o resurtido y se encuentra en Nuestro Formulario. Un Medicamento con receta es un medicamento que, debido a sus características, es apropiado para autoadministración o para que lo administre un cuidador sin capacitación profesional.
- 8. Costo del Medicamento con receta:** el monto, incluido un costo de suministro y cualquier impuesto sobre las ventas, para un Medicamento con receta Cubierto entregado en una Farmacia participante. Si Su Contrato incluye cobertura en Farmacias no participantes, el Costo del Medicamento con receta para un Medicamento con receta entregado en una Farmacia no participante se calcula con el Costo del Medicamento con receta que se aplica para ese Medicamento con receta particular en la mayoría de las Farmacias participantes.
- 9. Pedido de receta o resurtido:** la instrucción de entregar un Medicamento con receta emitida por un Profesional de atención médica debidamente autorizado que actúa dentro del alcance de su especialidad.
- 10. Cargo usual y habitual:** el cargo usual que una farmacia cobra a las personas por un Medicamento con receta independientemente del reembolso para la farmacia de parte de terceros según lo exige la

Sección 6826-a de la Ley de Educación de Nueva York.

## SECCIÓN XIV

### Beneficios de bienestar

#### A. Reembolso para el centro de ejercicios.

Le reembolsaremos de forma parcial los costos en determinados centros de ejercicios o costos de membresías, pero solo si esos costos se pagan en centros de ejercicios con los que mantenemos un acuerdo y cuentan con equipos y programas que promuevan el bienestar del corazón.

Las membresías en los clubes de tenis, clubes de campo, clínicas para perder peso, spas o cualquier otro centro similar no serán reembolsadas. Las membresías de por vida no son elegibles para el reembolso. El reembolso se limita a las sesiones de entrenamiento reales. No reembolsaremos equipos, ropa, vitaminas u otros servicios que puedan ofrecerse en el centro (por ejemplo, masajes, etc.).

A fin de ser elegible para el reembolso, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ser miembro activo del centro de ejercicios; y
- completar 50 sesiones en un plazo de seis (6) meses.

A fin de obtener un reembolso, al final del período de seis (6) meses, Usted debe presentar:

- La documentación de las visitas del centro. Cada vez que concurra al centro de ejercicios, un representante del centro debe firmar y colocar la fecha en la documentación de las visitas.
- Una copia de Su factura del centro actual que muestre el costo que paga por Su membresía

Una vez que recibamos la documentación de las visitas y la factura, Usted recibirá un reembolso de \$200 o el costo real de la membresía por un período de seis (6) meses, el monto menor. El reembolso se debe solicitar dentro de 120 días luego de finalizar el período de seis (6) meses. El reembolso se emitirá únicamente después de que haya completado cada período de seis (6) meses, incluso si se completan las 50 visitas antes.

#### B. Recompensas de bienestar de Affinity.

##### 1. Objetivo.

El objetivo de este programa de bienestar es alentarle a tener un rol más activo en el control de Su salud y bienestar.

##### 2. Descripción.

Puede obtener hasta un total de \$125 por año (a través de múltiples tarjetas de regalo de diferentes valores) completando servicios relacionados con Su salud. Proporcionamos beneficios en relación con el uso o la participación en cualquiera de las siguientes actividades y medidas de promoción de la salud y el bienestar:

- Inscribese en el Portal de Miembros de Affinity y complete una encuesta sobre salud de cinco (5) preguntas.
- Gane entre \$10 y \$50 en múltiples tarjetas de regalo durante el año,

según el servicio recibido. Para obtener una lista completa de los servicios y las recompensas, inicie sesión en el Portal de Miembros o visite [www.affinityplan.org/EPRewards](http://www.affinityplan.org/EPRewards), o llame al número que figura en Su tarjeta de identificación.

### **3. Participación.**

El método preferido para acceder al programa de bienestar es a través de Nuestro sitio web [www.AffinityPlan.org/EPRewards](http://www.AffinityPlan.org/EPRewards), o del Portal de Miembros de Affinity. Debe tener acceso a una computadora con Internet a fin de participar en el programa del sitio web. Sin embargo, si no tiene acceso a una computadora, llámenos al número que aparece en Su tarjeta de identificación y le proporcionaremos información sobre cómo participar sin tener acceso a Internet.

### **4. Recompensas.**

Las recompensas por participación en un programa de bienestar incluyen tarjetas de regalo con los siguientes montos para cada artículo:

- Inscribese en el Portal de Miembros de Affinity y complete la encuesta sobre salud de cinco preguntas.
  - Elegibilidad: todos los miembros del Plan Esencial.
  - Actividad: cree una cuenta en el Portal de Miembros de Affinity o llame al número que figura en su tarjeta de identificación para obtener ayuda. Complete la encuesta sobre salud de cinco preguntas.
  - Recompensa: tarjeta de regalo por un valor de \$25
- Reciba hasta \$100 en tarjetas de regalo.
  - Elegibilidad: todos los miembros del Plan Esencial.
  - Actividad: Complete el examen físico anual con el PCP y complete las brechas en la atención identificadas para usted durante todo el año calendario.
  - Recompensa: tarjeta de regalo por un valor de \$100.

## SECCIÓN XV

### Atención para la vista de rutina

Consulte la sección Esquema de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos compartidos, las limitaciones en días o visitas y cualquier requisito de Autorización previa o Remisión que se aplique a estos beneficios.

#### **A. Atención para la vista de rutina.**

Cubrimos atención para la vista preventiva, de rutina y de emergencia.

#### **B. Exámenes de la vista.**

Cubrimos exámenes de la vista con el objetivo de determinar la necesidad de lentes correctivos y, en caso de que sea necesario, proporcionar una receta para lentes correctivos. Cubrimos un examen de la vista una (1) vez por Año del plan, excepto que exámenes más frecuentes sean Médicamente necesarios, según indique la documentación correspondiente. El examen de la vista puede incluir, entre otros:

- antecedentes del caso;
- examen externo del ojo o examen interno del ojo;
- examen oftalmoscópico;
- determinación de estado refractivo;
- distancia binocular;
- pruebas de tonometría para detectar glaucoma;
- pruebas macroscópicas de campos visuales y de visión de colores; y
- resumen de los hallazgos y recomendación de lentes correctivos.

#### **C. Lentes y marcos recetados.**

Cubrimos anteojos o lentes de contacto con receta estándares una (1) vez por Año del plan, excepto que sea Médicamente necesario que Usted tenga anteojos o lentes de contacto nuevos con mayor frecuencia, según se indique en la documentación correspondiente. Los lentes recetados pueden fabricarse con vidrio o plástico. También Cubrimos marcos estándares adecuados para lentes una (1) vez por Año del plan, excepto que sea Médicamente necesario que Usted tenga marcos nuevos con mayor frecuencia, según se indique en la documentación correspondiente. Si elige un marco que no sea estándar, pagaremos la cantidad que hubiésemos pagado por un marco estándar y Usted deberá pagar la diferencia del costo entre el marco estándar y el marco que no es estándar. La diferencia del costo no se aplica dentro del Límite que paga de Su bolsillo.

## SECCIÓN XVI

### Atención dental

Consulte la sección Esquema de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos compartidos, las limitaciones en días o visitas y cualquier requisito de Autorización previa o Remisión que se aplique a estos beneficios.

Cubrimos los siguientes servicios de atención dental:

- A. Atención dental de emergencia.** Cubrimos atención dental de emergencia, que incluye el tratamiento de emergencia necesario para aliviar el dolor y sufrimiento causado por enfermedad o traumatismo dental. La atención dental de emergencia no está sujeta a Nuestra Autorización previa.
- B. Atención dental preventiva.** Cubrimos atención dental preventiva que incluye procedimientos que le ayudarán a prevenir la aparición de enfermedades orales, lo que incluye:
  - profilaxis (limpieza y pulido de los dientes) dos (2) veces por Año del plan.
- C. Atención dental de rutina.** Cubrimos atención dental de rutina proporcionada en el consultorio de un dentista, lo cual incluye:
  - exámenes dentales, consultas y visitas dos (2) veces por Año del plan;
  - radiografías, radiografías de toda la boca o radiografías panorámicas en intervalos de 36 meses y radiografías de mordida en intervalos de seis (6) a 12 meses y otras radiografías si se consideran Médicamente necesarias (una vez que salen los dientes primarios);
  - procedimientos para extracciones simples y otras cirugías dentales de rutina que no requieran Hospitalización, incluida la atención prequirúrgica y la atención posquirúrgica;
  - sedación consciente en el consultorio;
  - amalgamas, reconstrucción de composite y coronas de acero inoxidable; y
  - otros materiales de reconstrucción adecuados para niños.
- D. Endodoncia.** Cubrimos servicios de endodoncia, incluidos los procedimientos para el tratamiento de cámaras pulpares y canales pulpares enfermos en los que no se requiere Hospitalización.
- E. Periodoncia.** Cubrimos servicios de periodoncia, incluidos servicios de periodoncia como anticipación o que derivarán en ortodoncia Cubierta por lo estipulado en este Contrato.
- F. Prostodoncia.** Cubrimos los siguientes servicios de prostodoncia:
  - dentaduras removibles parciales o completas, que incluye seis (6) meses de atención de seguimiento; y

- servicios adicionales que incluyen la inserción de identificación de dientes flojos, arreglados, revestidos y amalgamados y el tratamiento del paladar hendido.

Los puentes fijos no están Cubiertos a menos que se soliciten:

- para reemplazo de un único anterosuperior (incisivo central/lateral o cuspídeo) en un paciente que cuenta con dientes naturales, funcionales o reconstruidos;
- para estabilización del paladar hendido; o
- debido a la presencia de una afección neurológica o fisiológica que descarta la colocación de una prótesis removible, tal como se demuestra en la documentación médica.

**G. Ortodoncia.** Cubrimos ortodoncia utilizada para ayudar a restablecer las estructuras orales para su salud y función y para tratar afecciones médicas graves como: paladar hendido y labio leporino, micrognatia mandibular/maxilar (mandíbula superior o inferior no desarrollada), prognatismo mandibular extremo, asimetría severa (anomalías craneofaciales), anquilosis de la articulación temporomandibular, y otras displasias óseas importantes.

Los procedimientos incluyen, entre otros, los siguientes:

- expansión rápida de paladar (RPE);
- colocación de piezas (por ejemplo, frenillos, bandas);
- tratamiento ortodóncico interceptivo;
- tratamiento ortodóncico integral (durante el cual se colocan aparatos de ortodoncia para tratamiento activo que se ajustan periódicamente);
- tratamiento con aparatos de ortodoncia removibles; y
- retención ortodóncica (extracción de aparatos, creación y colocación de retenedores).



## SECCIÓN XVII

### Exclusiones y limitaciones

Este Contrato no ofrece cobertura para los siguientes servicios:

#### **A. Transporte aéreo.**

No Cubrimos servicios de transporte aéreo, excepto como pasajero con boleto en un vuelo chárter o programado, operado por una aerolínea regular.

#### **B. Cuidado asistencial y de convalecencia.**

No Cubrimos servicios relacionados con curaciones de descanso, cuidado asistencial ni transporte. El “cuidado asistencial” implica ayuda para transportarse, comer, vestirse, bañarse, ir al baño y otras actividades relacionadas. El cuidado asistencial no incluye servicios cubiertos determinados 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 intente cambiar la orientación sexual o la identidad de género de un Miembro menor de 18 años, incluidos los esfuerzos por cambiar comportamientos, expresiones de género o eliminar o disminuir los sentimientos y las atracciones románticos o sexuales hacia personas del mismo sexo. La terapia de conversión no incluye asesoramiento ni terapia para una persona que intenta o está en el proceso de experimentar una transición de género, que brinda aceptación, apoyo y comprensión de una persona o facilita la superación, el apoyo social y la exploración y el desarrollo de identidad de una persona, incluidas las intervenciones neutrales de orientación sexual para prevenir o abordar la conducta ilegal o las prácticas sexuales inseguras, siempre que el asesoramiento o la terapia no intente cambiar la orientación sexual o la identidad de género.

#### **D. Servicios estéticos.**

A menos que se especifique lo contrario, no Cubrimos servicios estéticos, Medicamentos con receta ni cirugías, salvo que la cirugía estética no incluya una cirugía reconstructiva cuando dicho servicio es producto de un traumatismo, una infección o enfermedades de la parte involucrada, y la cirugía reconstructiva debido a una enfermedad o anomalía congénita de un Hijo cubierto, que ha generado un defecto funcional. También Cubrimos servicios relacionados con la cirugía reconstructiva después de una mastectomía, tal como se detalla en otra parte de este Contrato. La cirugía estética no incluye cirugías consideradas Médicamente necesarias. Si se presenta una reclamación por un procedimiento enumerado en 11 NYCRR 56 (por ejemplo, ciertas cirugías plásticas y procedimientos dermatológicos) de manera retrospectiva y sin la información médica, ningún rechazo estará sujeto al proceso de las secciones Revisión de utilización y Apelación externa de este Contrato, salvo que se presente información médica.

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

No Cubrimos atención o tratamiento proporcionado fuera de los Estados Unidos, sus territorios, Canadá o México, excepto Servicios de emergencia, Servicios médicos

prehospitalarios de emergencia y servicios de ambulancia para tratar Su Afección que causa una emergencia.

**F. Servicios dentales.**

No Cubrimos servicios de ortodoncia, excepto los específicamente mencionados en la sección de Atención dental de este Contrato.

**G. Tratamiento experimental o de investigación.**

No Cubrimos servicios de atención médica, procedimientos, tratamientos, dispositivos ni Medicamentos con receta que sean experimentales o de investigación. Sin embargo, Cubrimos los tratamientos experimentales o de investigación, incluidos el tratamiento para Su enfermedad poco común o los costos de paciente que surjan de Su participación en un ensayo clínico, tal como se describe en la sección Servicios profesionales y para pacientes externo de este Contrato, o cuando un Agente de apelaciones externas autorizado por el Estado anule Nuestro rechazo de los servicios. No obstante, en el caso de los ensayos clínicos, no Cubriremos los costos de ningún medicamento o dispositivo de investigación, los costos de servicios que no sean de atención médica y que Usted solicite para recibir el tratamiento, los costos relacionados con la administración de la investigación ni los costos de tratamientos que no son de investigación que este Contrato no cubriría. Consulte las secciones Revisión de utilización y Apelación externa de este Contrato para obtener más detalles de Sus derechos de Apelación.

**H. Participación en un delito.**

No Cubriremos enfermedades, tratamientos ni afecciones médicas que surjan de Su participación en un delito, disturbio o sublevación. Esta exclusión no se aplica a la cobertura para servicios que involucren las lesiones que sufra una víctima de un acto de violencia doméstica o servicios que sean consecuencia de Su afección médica (incluidas las afecciones de salud física y mental).

**I. Cuidado de los pies.**

No Cubrimos el cuidado de rutina de los pies relacionado con durezas, callos, pies planos, arcos vencidos, debilidad en los pies, esguinces crónicos o malestar sintomático en los pies. No obstante, Cubriremos el cuidado de los pies si Usted tiene una afección médica o enfermedad específicas que causen insuficiencias circulatorias o entumecimiento en la zona de las piernas o los pies.

**J. Centros gubernamentales.**

No Cubriremos la atención o el tratamiento proporcionado en un Hospital que sea propiedad de una agencia federal, estatal o gubernamental, u operado por estas, excepto que la ley indique lo contrario.

**K. Medicamento necesario.**

En general, no Cubriremos servicios de atención médica, procedimientos, tratamientos, exámenes, dispositivos ni Medicamentos con receta que no consideremos Medicamento necesarios. Sin embargo, si un Agente de apelaciones externas certificado por el Estado revierte Nuestra denegación, Cubriremos el servicio, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o Medicamento con receta para el cual se haya rechazado la cobertura, en la medida en que dicho servicio,

procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o Medicamento con receta esté de otra forma Cubierto conforme a las condiciones de este Contrato.

**L. Programa de Medicare u otro programa gubernamental.**

No Cubriremos los servicios si se prestan beneficios para dichos servicios conforme al programa de Medicare federal u otro programa gubernamental (excepto Medicaid).

**M. Servicio militar.**

No Cubriremos enfermedades, tratamientos o afecciones médicas que sean resultado del servicio en las Fuerzas Armadas o en unidades auxiliares.

**N. Seguro de automóviles sin culpa.**

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

**O. Servicios no detallados.**

No Cubriremos los servicios que no estén detallados en este Contrato como Cubiertos.

**P. Servicios que presta un miembro de la familia.**

No Cubrimos los servicios que preste un miembro de la familia cercana de la persona cubierta. "Familia cercana" significa hijos, cónyuge, madre, padre, hermana o hermano de Usted o de Su cónyuge.

**Q. Servicios que los empleados del Hospital facturan por separado.**

No Cubrimos los servicios que los empleados de Hospitales, laboratorios u otras instituciones presten y facturen por separado.

**R. Servicios sin costo.**

No Cubrimos los servicios para los que no suele aplicarse un costo.

**S. Servicios para la vista.**

No Cubrimos el examen ni la colocación de anteojos o lentes de contacto, excepto según se especifique en la sección Atención para la vista de rutina en este Contrato.

**T. Guerra.**

No Cubrimos enfermedades, tratamientos ni afecciones médicas que sean resultado de una guerra, declarada o no.

**U. Compensación laboral.**

No Cubrimos servicios cuyos beneficios se presten conforme la compensación laboral federal o estatal, la ley de responsabilidad del empleado o de enfermedad ocupacional.

## SECCIÓN XVIII

### Determinaciones de reclamaciones

#### **A. Reclamaciones.**

Una reclamación es una solicitud para que los beneficios o los servicios sean proporcionados o pagados según las condiciones de este Contrato. Usted o el Proveedor deben presentarnos un formulario de reclamación. Si el Proveedor no está dispuesto a presentar el formulario de reclamación, tendrá que presentarlo Usted.

#### **B. Aviso de reclamación.**

Las reclamaciones por servicios deben incluir toda la información que Nosotros consideramos necesaria para procesar la reclamación, lo cual incluye, entre otros: número de identificación del miembro, nombre, fecha de nacimiento, fecha del servicio, tipo de servicio, costo de cada servicio, código de procedimiento por el servicio según corresponda, código del diagnóstico, nombre y dirección del Proveedor que cobra y registros médicos de respaldo, cuando sea necesario. Una reclamación que no contenga toda la información necesaria no será aceptada y debe presentarse nuevamente con toda la información necesaria. Tenemos formularios de reclamación disponibles; para solicitarlos, debe llamar al número que aparece en Su tarjeta de identificación o visitar Nuestro sitio web [www.affinityplan.org/EP/Member/](http://www.affinityplan.org/EP/Member/). Los formularios de reclamación completos deben enviarse a la dirección que figura en la sección Cómo funciona Su cobertura de este Contrato. También puede enviarnos una reclamación por vía electrónica al correo electrónico [edi@affinityplan.org](mailto:edi@affinityplan.org), o visitando Nuestro sitio web [www.AffinityPlan.org](http://www.AffinityPlan.org).

#### **C. Plazo para presentar reclamaciones.**

Debe enviarnos las reclamaciones por servicios para pago dentro de los 120 días desde que recibió el servicio por el cual solicita el pago. Si no es razonablemente posible enviar una reclamación dentro del período de 120 días, debe enviarla tan pronto como sea razonablemente posible.

#### **D. Reclamaciones por remisiones prohibidas.**

No estamos obligados a pagar ninguna reclamación, factura u otra demanda o solicitud de un Proveedor de servicios de laboratorio clínico, servicios de farmacia, servicios de radioterapia, servicios de fisioterapia o servicios de radiografía o de diagnóstico por imágenes brindados en virtud de una remisión prohibida por lo estipulado en la Sección 238-a (1) de la Ley de Salud Pública de Nueva York.

#### **E. Determinaciones de reclamaciones.**

Nuestro procedimiento de determinación de reclamaciones aplica a todas las reclamaciones que no se relacionen con una necesidad médica o determinación experimental o de investigación. Por ejemplo, Nuestro procedimiento de determinación de reclamaciones se aplica a denegaciones de beneficios contractuales y Remisiones. Si Usted no está de acuerdo con Nuestra determinación de reclamación, puede presentar un Reclamo según la sección Procedimientos de reclamo de este Contrato.

Para obtener una descripción de los procedimientos de Revisión de utilización y el proceso de Apelación por necesidad médica o determinaciones experimentales o de

investigación, consulte las secciones Revisión de utilización y Apelación externa de este Contrato.

#### **F. Determinaciones de reclamación previas al servicio.**

1. Una reclamación previa al servicio es una solicitud para que un servicio o tratamiento sea aprobado antes de que se reciba. Si Nosotros tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a una reclamación previa al servicio (por ejemplo, una determinación de beneficio cubierto o una Remisión), tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) en el plazo de 15 días desde la recepción de la reclamación.

Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro de los 15 días desde la recepción de la reclamación. Usted tendrá 45 días calendario para presentar la información. Si Nosotros recibimos la información dentro de los 45 días, tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) por escrito en el plazo de 15 días desde que recibimos la información. Si no se recibe toda la información necesaria dentro de 45 días, tomaremos una determinación en el plazo de 15 días calendario desde que finaliza el período de 45 días.

2. **Revisiones previas a un servicio urgente.** Con respecto a las solicitudes previas a un servicio urgente, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, tomaremos la determinación y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) por teléfono, dentro del plazo de 72 horas desde la recepción de la solicitud. Recibirá un aviso por escrito dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la decisión. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro de las 24 horas. Usted tendrá 48 horas para presentar la información. Tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) por teléfono dentro de 48 días desde lo que suceda antes: Nuestra recepción de la información o el final del período de 48 horas. Recibirá un aviso por escrito dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la decisión.

#### **G. Determinaciones de reclamación posteriores al servicio.**

Una reclamación posterior al servicio es una solicitud para un servicio o tratamiento que Usted ya ha recibido. Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación sobre una reclamación posterior a un servicio, tomaremos la determinación y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) en un plazo de 30 días calendario desde la recepción de la reclamación. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro de los 30 días calendario. Usted tendrá 45 días calendario para presentar la información. Tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) por escrito dentro de 15 días calendario desde lo que suceda antes: Nuestra recepción de la información o el final del período de 45 días.

#### **H. Pago de reclamaciones.**

Cuando Nuestra obligación de pagar una reclamación sea razonablemente clara, pagaremos la reclamación dentro de los 30 días después de la recepción de la reclamación (cuando se envíe por Internet o por correo electrónico) y 45 días después de recibir la reclamación (cuando se presente por otros medios, incluidos en papel o fax). Si solicitamos información adicional, pagaremos la reclamación dentro de los 30 días (para reclamaciones enviadas por Internet o por correo electrónico) o 45 días (para reclamaciones enviadas por otros medios, incluidos en papel o fax) de la recepción de la información.

## SECCIÓN XIX

### Procedimientos de Reclamo

#### A. Reclamos.

Nuestro procedimiento de Reclamo se aplica a cualquier cuestión no relacionada con una necesidad médica o una determinación experimental o de investigación emitida por Nosotros. Por ejemplo, se aplica a denegaciones de beneficios contractuales o cualquier problema/inquietud que Usted tenga en relación con Nuestras políticas administrativas o el acceso a Proveedores.

#### B. Presentación de un Reclamo.

Puede comunicarse con Nosotros por teléfono al número que aparece en Su tarjeta de identificación o por escrito para presentar un Reclamo. También puede presentar un Reclamo oral en relación con la denegación de una Remisión o la determinación de un beneficio cubierto. Es posible que le solicitemos que firme un acuse de recibo escrito de Su Reclamo verbal, preparado por Nosotros. Usted o la persona designada por Usted tiene hasta 180 días calendario desde la fecha en que recibe la decisión que solicita que revisemos para presentar el Reclamo.

Cuando recibamos Su Reclamo, le enviaremos por correo una carta de reconocimiento en un plazo de 15 días hábiles. La carta de reconocimiento incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que maneja Su Reclamo, e indicará qué información adicional debe proporcionarse, si corresponde.

Mantenemos la confidencialidad de todas las solicitudes y las discusiones y no tomaremos medidas discriminatorias debido a Su inquietud. Tenemos procesos tanto para Reclamos estándares como acelerados, lo que dependerá de la naturaleza de Su consulta.

#### C. Determinación del Reclamo.

El personal calificado revisará Su Reclamo, o, en caso de que sea un asunto clínico, un Profesional de atención médica autorizado, certificado o registrado lo revisará. Decidiremos sobre el Reclamo y le avisaremos dentro de los siguientes plazos:

Reclamos acelerados/urgentes:

Por teléfono, lo antes posible dentro de las 48 horas desde la recepción de toda la información necesaria o 72 horas desde la recepción de Su Reclamo. Se le enviará un aviso escrito dentro de las 72 horas desde la recepción de Su Reclamo.

Reclamos previos al servicio: (Una solicitud para un servicio o tratamiento que aún no se ha proporcionado).

Por escrito, dentro de 30 días calendario desde la recepción de Su Reclamo.

Reclamos posteriores al servicio: (Una solicitud para un servicio o tratamiento que ya se ha proporcionado).

Por escrito, dentro de 30 días calendario desde la recepción de toda la información necesaria, pero no más de 60 días desde la recepción de Su Reclamo.

Cualquier otro Reclamo: (Que no esté relacionado con una reclamación o una solicitud para un servicio o tratamiento).

Por escrito, dentro de 45 días calendario desde la recepción de toda la información necesaria, pero no más de 60 días calendario desde la recepción de Su Reclamo.

#### **D. Asistencia.**

Si Usted aún no está conforme con Nuestra determinación sobre Su Reclamo, o si por cualquier otra causa se siente disconforme, puede:

**Llamar al Departamento de Salud de Nueva York al 1.800.206.8125 o enviar una carta 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](mailto:managedcarecomplaint@health.ny.gov)  
Sitio web: [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov)

Si necesita ayuda para presentar un Reclamo o una Apelación, puede comunicarse con el Programa de Asistencia al Consumidor independiente del estado a:

Community Health Advocates  
633 Third Avenue, 10<sup>th</sup> Floor  
New York, NY 10017

O llamar sin cargo al: 1.888.614.5400, o enviar un correo electrónico a [cha@cssny.org](mailto:cha@cssny.org)  
Sitio web: [www.communityhealthadvocates.org](http://www.communityhealthadvocates.org)



## SECCIÓN XX

### Revisión de utilización

#### A. Revisión de utilización.

Revisamos los servicios de salud para determinar si los servicios son o eran Médicamente necesarios o experimentales o de investigación ("Médicamente necesarios"). Este proceso se denomina Revisión de utilización. La Revisión de utilización incluye todas las actividades de revisión, ya sea que tengan lugar antes de que se brinde el servicio (Autorización previa), cuando el servicio se esté brindando (simultánea) o después de que el servicio se haya brindado (retrospectiva). Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de Revisión de utilización, llame al número que aparece en Su tarjeta de identificación. El número de teléfono sin cargo está disponible al menos 40 horas a la semana con un contestador automático fuera del horario de atención.

Todas las determinaciones de que los servicios no son Médicamente necesarios serán tomadas por: 1) Médicos autorizados; 2) Profesionales de atención médica autorizados, certificados, habilitados o acreditados que trabajan en la misma profesión y en la misma especialidad o similar a la del Proveedor que generalmente controla Su afección médica o enfermedad o proporciona el servicio de atención médica que está siendo revisado; o 3) con respecto al tratamiento de trastornos de uso de sustancias, Médicos autorizados o Profesionales de atención médica autorizados, certificados, habilitados o acreditados que se especializan en salud conductual y tienen experiencia en la provisión de tratamientos para trastornos de uso de sustancias. No compensamos ni proporcionamos incentivos financieros para Nuestros empleados o revisores por determinar que ciertos servicios no son Médicamente necesarios. Hemos desarrollado pautas y protocolos para asistirlo en este proceso. Para el tratamiento del trastorno de uso de sustancias, utilizamos herramientas de revisión médica con revisión por parte de colegas y basadas en evidencia designadas por la OASAS apropiadas para la edad del paciente. Las pautas y los protocolos específicos están disponibles para Su revisión si los solicita. Para obtener más información, llame al número que aparece en Su tarjeta de identificación.

#### B. Revisiones de Autorización previa.

1. **Revisiones de Autorización previa no urgentes.** Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación sobre una revisión de Autorización previa, tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) y a Su Proveedor, por teléfono y por escrito, en el plazo de tres (3) días hábiles desde la recepción de la solicitud.

Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro de los tres (3) días hábiles. Usted o Su Proveedor tendrán 45 días calendario para presentar la información. Si Nosotros recibimos la información solicitada dentro de los 45 días, tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) y a Su Proveedor por teléfono y por escrito en el plazo de tres (3) días hábiles desde que recibimos la información. Si no se recibe toda la información necesaria dentro de los 45 días, tomaremos una

determinación en el plazo de 15 días calendario desde que finaliza el período de 45 días.

2. **Revisiones de Autorización previa urgentes.** Con respecto a las solicitudes de Autorización previa urgentes, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) y a Su Proveedor por teléfono dentro de las 72 horas desde la recepción de la solicitud. Se le enviará un aviso escrito dentro de los tres (3) días hábiles desde la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro de las 24 horas. Usted o Su Proveedor tendrán 48 horas para presentar la información. Tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) y a Su Proveedor por teléfono dentro de 48 horas de lo que suceda antes: Nuestra recepción de la información o el final del período de 48 horas. El aviso por escrito se proporcionará lo antes posible dentro de tres (3) días hábiles desde que recibimos la información, o tres (3) días calendario desde el aviso verbal.
3. **Tratamiento ordenado por un tribunal.** Con respecto a las solicitudes de servicios relacionados con la salud mental y trastornos de uso de sustancias que aún no se han proporcionado, si Usted (o la persona designada por Usted) certifica, en un formato prescrito por el Superintendente de Servicios Financieros, que Usted se presentará, o se ha presentado, ante un tribunal de jurisdicción competente, y puede estar sujeto a una orden del tribunal que solicite dichos servicios, Nosotros tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o la persona designada por Usted) y a Su Proveedor por teléfono dentro de las 72 horas desde la recepción de la solicitud. Se le enviará un aviso por escrito dentro de los tres (3) días hábiles desde que recibamos la solicitud. Cuando sea posible, también se proporcionarán avisos por teléfono y por escrito al tribunal.

### **C. Revisiones simultáneas.**

1. **Revisiones simultáneas no urgentes.** Las decisiones de Revisión de utilización sobre servicios se tomarán durante el transcurso del tratamiento (revisiones simultáneas), y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) [y a Su Proveedor] por teléfono y por escrito en el plazo de un (1) día hábil desde la recepción de toda la información necesaria. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro de un (1) día hábil. Usted o Su Proveedor tendrán 45 días calendario para presentar la información. Tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) [y a Su Proveedor] por teléfono y por escrito dentro del plazo de un (1) día hábil desde que recibamos de la información o, si no recibimos la información, dentro del plazo de 15 días calendario o al final del período de 45 días.
2. **Revisiones simultáneas urgentes.** Para el caso de revisiones simultáneas urgentes que implican una extensión de la Atención de urgencia, si la solicitud para la cobertura se realiza al menos 24 horas antes de la finalización de un tratamiento previamente aprobado, tomaremos una determinación y le

avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) y a Su Proveedor por teléfono en el plazo de 24 horas desde la recepción de la solicitud. El aviso por escrito se enviará en el plazo de un (1) día hábil desde la recepción de la solicitud.

Si la solicitud para cobertura no se realiza al menos 24 horas antes de la finalización de un tratamiento previamente aprobado y tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, tomaremos una determinación y le avisaremos por escrito a Usted (o a la persona designada por Usted) y a Su Proveedor lo antes posible dentro de 72 horas o un (1) día hábil desde la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro de las 24 horas. Usted o Su Proveedor tendrán 48 horas para presentar la información. Tomaremos una determinación y le avisaremos por escrito a Usted (o a la persona designada por Usted) y a Su Proveedor lo antes posible: dentro de un (1) día hábil o 48 horas desde que recibimos la información o, si no recibimos la información, dentro de 48 horas desde el final del período de 48 horas.

3. **Revisiones de Atención médica a domicilio.** Después de recibir una solicitud de servicios de atención a domicilio después de un ingreso en el Hospital, tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) y a Su Proveedor, por teléfono y por escrito, en el plazo de un (1) día hábil desde la recepción de la información necesaria. Si el día después de la presentación de la solicitud cae un día de fin de semana o feriado, tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o a la persona designada por Usted) y a Su Proveedor dentro de las 72 horas desde la recepción de la información necesaria. Cuando recibimos una solicitud de servicios de atención a domicilio y toda la información necesaria antes de Su alta de un ingreso en el Hospital para pacientes internados, no negaremos la cobertura para servicios de atención a domicilio mientras Nuestra decisión sobre la solicitud esté pendiente.
4. **Revisiones del tratamiento por trastornos por uso de sustancias para pacientes internados.** Si una solicitud para un tratamiento por trastornos por uso de sustancias para pacientes internados se presenta al menos 24 horas antes del alta de un ingreso por un tratamiento por trastornos por uso de sustancias para pacientes internados, tomaremos una determinación en las 24 horas desde la recepción de la solicitud y le proporcionaremos cobertura para el tratamiento por trastornos por uso de sustancias para pacientes internados mientras Nuestra determinación esté pendiente.
5. **Tratamiento por trastornos por uso de sustancias para pacientes internados en Centros participantes certificados por OASAS.** La cobertura para tratamiento por trastornos por uso de sustancias para pacientes internados en un Centro participante certificado por OASAS no está sujeta a Autorización previa. La cobertura no estará sujeta a revisión simultánea durante los primeros 14 días del ingreso como paciente internado si el Centro certificado por OASAS nos avisa tanto sobre el ingreso como sobre el plan de tratamiento inicial dentro de las 48 horas desde el ingreso. Después de los

primeros 14 días desde el ingreso como paciente internado, podemos revisar la estadía completa para determinar si es Médicamente necesaria. Si se rechaza alguna parte de la estadía por no ser Médicamente necesaria, Usted solo tendrá que pagar el Costo compartido dentro de la red que aplicaría a Su ingreso como paciente internado.

#### **D. Revisiones retrospectivas.**

Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación sobre una reclamación retrospectiva, tomaremos la determinación y le avisaremos a Usted y a Su Proveedor en un plazo de 30 días calendario desde la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro de los 30 días calendario. Usted o Su Proveedor tendrán 45 días calendario para presentar la información. Tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted y a Su Proveedor por escrito dentro de 15 días calendario desde lo que suceda antes: Nuestra recepción de la información o el final del período de 45 días.

Una vez que tengamos toda la información para tomar una decisión, si no tomamos una determinación de la Revisión de utilización dentro de los plazos aplicables establecidos anteriormente, se considerará como una determinación adversa sujeta a Apelación interna.

#### **E. Revisión retrospectiva de servicios con Autorización previa.**

Solo podremos revertir un tratamiento, servicio o procedimiento con Autorización previa con una revisión retrospectiva cuando:

- la información médica relevante presentada ante Nosotros mediante una revisión retrospectiva es significativamente diferente de la información presentada durante la revisión de la Autorización previa;
- la información médica relevante que Nos presentaron en la revisión retrospectiva existía al momento de la Autorización previa pero se negó y no estaba disponible para Nosotros;
- no conocíamos la existencia de dicha información al momento de la revisión de la Autorización previa; y
- en caso de haber conocido dicha información, el tratamiento, servicio o procedimiento que se solicitaba no se hubiera autorizado. La determinación se toma con los mismos estándares, criterios o procedimientos específicos que los que se utilizan para la revisión de la Autorización previa.

#### **F. Determinaciones de anulación del protocolo de tratamiento escalonado**

Usted, la persona designada por Usted o Su Profesional de atención médica pueden solicitar una determinación de anulación del protocolo de tratamiento escalonado para la Cobertura de un Medicamento con receta seleccionado por su Profesional de atención médica. Al llevar a cabo la Revisión de utilización para una determinación de anulación del protocolo de tratamiento escalonado, utilizaremos los criterios de revisión clínica reconocidos basados en evidencia y revisados por pares que sean apropiados para Usted y Su condición médica.

1. **Fundamento y documentación de respaldo.** Una solicitud de determinación de anulación del protocolo de tratamiento escalonado debe incluir el fundamento y la documentación de respaldo de un Profesional de atención médica, lo que demuestra que:

- el Medicamento con receta requerido está contraindicado o probablemente le causará una reacción adversa o daño físico o mental;
- se espera que el Medicamento con receta requerido no sea eficaz según Su historia clínica, condición y régimen de Medicamentos con receta conocidos;
- ha probado el Medicamento con receta requerido mientras estaba cubierto por Nosotros o por Su cobertura de seguro médico anterior, u otro Medicamento con receta de la misma clase farmacológica o con el mismo mecanismo de acción, y dicho Medicamento con receta se suspendió debido a falta de eficacia o efectividad, efecto disminuido o un evento adverso;
- usted se encuentra estable con un Medicamento con receta seleccionado por Su Profesional de atención médica para su condición médica, siempre que esto no Nos impida que le solicitemos a Usted que pruebe un equivalente genérico con clasificación AB; o
- el Medicamento con receta requerido no lo beneficia, ya que probablemente causará una barrera significativa en el seguimiento o cumplimiento con Su plan de atención, probablemente empeorará una condición comórbida o disminuirá Su capacidad para lograr o mantener una capacidad funcional razonable para realizar las actividades diarias.

2. **Revisión estándar.** Tomaremos una determinación de anulación del protocolo de tratamiento escalonado y le enviaremos una notificación a Usted (o a la persona designada por Usted) y, cuando corresponda, a Su Profesional de atención médica, dentro de las 72 horas desde la recepción del fundamento y la documentación de respaldo.

3. **Revisión acelerada.** Si tiene una condición médica que pone en grave peligro Su salud sin el Medicamento con receta indicado por Su Profesional de atención médica, tomaremos una determinación de anulación del protocolo de tratamiento escalonado dentro de las 24 horas desde la recepción del fundamento y la documentación de respaldo.

Si el fundamento y la documentación de respaldo requeridos no se presentan junto con una solicitud de determinación de anulación del protocolo de tratamiento escalonado, solicitaremos información dentro de las 72 horas para la Autorización previa y las revisiones retrospectivas, 72 horas o un (1) día hábil para las revisiones simultáneas, lo que sea menor, y 24 horas para revisiones aceleradas. Usted o Su Profesional de atención médica tendrán 45 días calendario para enviar la información para la Autorización previa y las revisiones simultáneas y retrospectivas, y 48 horas para las revisiones aceleradas. Para las revisiones de Autorización previa, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a Usted (o a la persona designada por Usted) y a su Profesional de atención médica dentro de las 72 horas después de que

Nosotros recibamos la información o 15 días calendario después de que finalice el período de 45 días si la información no se recibe. Para las revisiones simultáneas, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a Usted (o a la persona designada por Usted) [y a Su Profesional de atención médica] dentro de las 72 horas o un (1) día hábil después de que Nosotros recibamos la información, lo que ocurra antes, o 15 días calendario después de que finalice el período de 45 días si la información no se recibe. Para las revisiones retrospectivas, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a Usted (o a la persona designada por Usted) y a su Profesional de atención médica dentro de las 72 horas después de que Nosotros recibamos la información o 15 días calendario después de que finalice el período de 45 días si la información no se recibe. Para las revisiones aceleradas, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a Usted (o a la persona designada por Usted) y a su Profesional de atención médica dentro de las 24 horas después de que Nosotros recibamos la información o 48 horas después de que finalice el período de 48 horas si la información no se recibe.

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

Si determinamos que el protocolo de tratamiento escalonado debe ser anulado, autorizaremos la cobertura inmediata para el Medicamento con receta indicado por Su Profesional de atención médica que lo atiende. Una determinación de anulación del tratamiento escalonado adversa es elegible para una Apelación].

### **G. Reconsideración.**

Si no intentamos consultar con Su Proveedor que recomendó el Servicio Cubierto antes de tomar una determinación adversa, el Proveedor puede solicitar la reconsideración del mismo colega que actúa como revisor médico que tomó la determinación adversa o un colega designado que actúa como revisor médico si el colega original que actúa como revisor médico no está disponible. Para la Autorización previa y las revisiones simultáneas, la reconsideración se realizará en un (1) día hábil después de la solicitud para la reconsideración. Si la determinación adversa se sostiene, se le proporcionará a Usted y a Su Proveedor un aviso de determinación adversa, por teléfono y por escrito.

### **H. Apelaciones internas de Revisión de utilización.**

Usted, la persona designada por Usted y, en los casos de revisión retrospectiva, Su Proveedor, pueden solicitar una Apelación interna de una determinación adversa, por teléfono o por escrito.

Tiene hasta 180 días calendario después de que recibió el aviso de la determinación adversa para presentar una Apelación. Confirmaremos Su solicitud para una Apelación interna en 15 días calendario después de recibirla. Esta confirmación le brindará, si es necesario, cualquier información adicional necesaria antes de que se

pueda tomar una decisión. Un colega que actúa como revisor médico que sea (1) un Médico o (2) un Profesional de atención médica en la misma especialidad o en una similar a la del Proveedor que generalmente trata la enfermedad o condición en cuestión y que no está subordinado al colega que actúa como revisor médico que tomó la determinación adversa inicial decidirá la Apelación.

1. **Denegación de un servicio fuera de la red.** También tiene derecho a Apelar la denegación de una solicitud de Autorización previa para un servicio de salud fuera de la red cuando determinamos que el servicio de salud fuera de la red no es significativamente diferente a un servicio de salud dentro de la red disponible. Una denegación de un servicio de salud fuera de la red es un servicio proporcionado por un Proveedor no participante, pero solo cuando el servicio no está disponible con un Proveedor participante. Para la Apelación de Revisión de utilización por una denegación de un servicio de salud fuera de la red, Usted o la persona designada por Usted debe presentar lo siguiente:
  - una declaración escrita del Médico que lo atiende, que debe ser un Médico autorizado, elegible o certificado por la junta calificado para ejercer en el área de especialidad adecuada a fin de tratar Su afección, que mencione que el servicio de salud fuera de la red solicitado es significativamente diferente al servicio de salud alternativo disponible con un Proveedor participante que aprobamos para tratar Su afección; y
  - dos (2) documentos de la evidencia científica y médica disponible que prueben que el servicio fuera de la red: 1) probablemente sea más beneficioso a nivel clínico para Usted que el servicio dentro de la red alternativo; y 2) que el riesgo adverso del servicio fuera de la red no aumentaría significativamente en comparación con el servicio de salud dentro de la red.
  
2. **Denegación de una autorización fuera de la red.** También tiene derecho a Apelar la denegación de una solicitud para una autorización para un Proveedor no participante cuando determinamos que tenemos un Proveedor participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer Sus necesidades de atención médica particulares y puede proporcionar el servicio de atención médica solicitado. Para una Apelación de Revisión de utilización de una denegación de autorización fuera de la red, Usted o la persona designada por Usted deben enviar una declaración escrita del Médico que lo atiende, que debe ser un Médico autorizado, elegible o certificado por la junta calificado para ejercer en el área de especialidad adecuada a fin de tratar Su afección, que:
  - manifieste que el Proveedor participante recomendado por Nosotros no tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer Sus necesidades de atención médica particulares para el servicio de atención médica; y
  - recomiende un Proveedor no participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer Sus necesidades de atención médica particulares que pueda proporcionar el servicio de atención médica solicitado.

## I. **Apelación estándar.**

1. **Apelación de Autorización previa.** Si Su Apelación se relaciona con una solicitud de Autorización previa, tomaremos una decisión sobre la Apelación en 30 días calendario después de recibir la solicitud de Apelación. Usted (o la persona designada por Usted), y cuando sea apropiado, Su Proveedor, recibirán un aviso escrito de la determinación en dos (2) días hábiles después de tomar la determinación y antes de los 30 días calendario después de recibir la solicitud de la Apelación.
  
2. **Apelación retrospectiva.** Si Su Apelación se relaciona con una reclamación retrospectiva, tomaremos una decisión sobre la Apelación en 60 días calendario después de recibir la solicitud de Apelación. Usted (o la persona designada por Usted), y cuando sea apropiado, Su Proveedor, recibirán un aviso escrito de la determinación en dos (2) días hábiles después de tomar la determinación y antes de los 60 días calendario después de recibir la solicitud de la Apelación.
  
3. **Apelación acelerada.** Una Apelación acelerada de una revisión de servicios de atención médica extendidos o continuados, servicios adicionales prestados en el curso de un tratamiento continuado, servicios de atención médica a domicilio luego del alta de un ingreso en el Hospital para pacientes internados, servicios en los que un Proveedor solicita una revisión inmediata, servicios para un trastorno por uso de sustancias y/o salud mental que pueden estar sujetos a una orden judicial o cualquier otro asunto de urgencia se tratará de forma acelerada. Una Apelación acelerada no está disponible para revisiones retrospectivas. Para una Apelación acelerada, Su Proveedor tendrá acceso razonable al revisor médico asignado a la Apelación en un (1) día hábil después de recibir la solicitud para una Apelación. Su Proveedor y un colega que actúe como revisor médico pueden intercambiar información por teléfono o fax. Una Apelación acelerada se determinará dentro de las 72 horas después de recibir la Apelación o dos (2) días hábiles luego de haber recibido la información necesaria para llevar a cabo una Apelación.

Si no brindamos una determinación de Su Apelación en 60 días calendario después de recibir la información necesaria para una Apelación estándar o en dos (2) días hábiles después de recibir la información necesaria para una Apelación acelerada se considerará que revertimos la determinación adversa inicial.

4. **Apelación por uso de sustancias.** Si denegamos una solicitud para el tratamiento de un trastorno por uso de sustancias para pacientes internados que se presentó, como mínimo, 24 horas antes del alta de un ingreso de un paciente internado, y Usted o Su Proveedor presentan una Apelación interna acelerada de Nuestra determinación adversa, decidiremos la Apelación 24 horas después de recibir la solicitud de Apelación. Si Usted o Su Proveedor presentaron la Apelación interna acelerada y una apelación externa acelerada 24 horas después de recibir Nuestra determinación adversa, también



proporcionaremos cobertura para el tratamiento de un trastorno por uso de sustancias para pacientes internados mientras una determinación sobre la Apelación interna y la apelación externa está pendiente.

**J. Asistencia para la apelación.**

Si necesita ayuda para presentar una Apelación, puede comunicarse con el Programa de Asistencia al Consumidor Independiente del estado en:

Community Health Advocates

633 Third Avenue, 10<sup>th</sup> Floor

New York, NY 10017

O llamar sin cargo al: 1.888.614.5400, o enviar un correo electrónico a [cha@cssny.org](mailto:cha@cssny.org)

Sitio web: [www.communityhealthadvocates.org](http://www.communityhealthadvocates.org)

## SECCIÓN XXI

### Apelación externa

#### **A. Su derecho a una Apelación externa.**

En algunos casos, Usted tiene derecho a una apelación externa de una denegación de cobertura. Si hemos denegado la cobertura porque un servicio no es Médicamente necesario (incluso la adecuación, el entorno de atención médica, el nivel de atención o la efectividad de un beneficio Cubierto), es un tratamiento experimental o de investigación (incluso los ensayos clínicos y tratamientos para enfermedades poco comunes) o es un tratamiento fuera de la red, Usted o Su representante pueden apelar esa decisión ante un Agente de apelaciones externas, un tercero independiente certificado por el Estado para llevar a cabo estas apelaciones.

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

- el servicio, procedimiento o tratamiento debe ser un Servicio Cubierto de otra manera conforme a este Contrato; y
- en general, Usted debe haber recibido una determinación adversa final a través de Nuestro proceso de Apelaciones internas. Sin embargo, puede presentar una apelación externa incluso si no ha recibido una determinación adversa final a través de Nuestro proceso de Apelaciones internas si:
  - acordamos por escrito renunciar a una Apelación interna; no estamos obligados a aceptar Su solicitud de renunciar a la Apelación interna; o
  - Usted presenta una apelación externa al mismo tiempo que solicita una Apelación interna acelerada; o
  - no cumplimos con los requisitos de procesamiento de reclamaciones de Revisión de utilización (que no sean una violación menor que no le perjudique ni haga daño, y debemos demostrar que la violación fue por una buena causa o por asuntos que superan Nuestro control y la violación ocurrió durante un intercambio de información en curso y de buena fe entre Usted y Nosotros).

#### **B. Su derecho a apelar una determinación de que un servicio no es Médicamente necesario.**

Si hemos denegado la cobertura porque el servicio no es Médicamente necesario, Usted puede apelar ante un Agente de apelaciones externa si cumple los requisitos para una apelación externa del párrafo “A” mencionado.

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

Si hemos denegado cobertura porque el servicio es un tratamiento experimental o de investigación (incluidos los ensayos clínicos y los tratamientos para enfermedades poco comunes), Usted debe cumplir los dos (2) requisitos para una apelación externa en el párrafo “A” mencionado y el Médico que lo atiende debe certificar que para Su afección o enfermedad:

1. los servicios de salud estándares son médicamente inapropiados o no son eficaces; o
2. no existe un procedimiento o servicio estándar más beneficioso Cubierto por Nosotros; o
3. existe un ensayo clínico o un tratamiento para una enfermedad poco común (como lo define la ley).

Además, el Médico que lo atiende debe haber recomendado una (1) de las siguientes opciones:

1. un servicio, procedimiento o tratamiento que dos (2) documentos de evidencia científica y médica disponible indican que es posible que sea más beneficios para Usted que cualquier Servicio Cubierto estándar (solo ciertos documentos se considerarán como respaldo de esta recomendación; el Médico que lo atiende debe comunicarse con el Estado para obtener información actual sobre qué documentos se considerarán o serán aceptables); o
2. un ensayo clínico para el que Usted es elegible (solo se pueden considerar algunos ensayos clínicos); o
3. un tratamiento para una enfermedad poco común para la que el Médico que lo atiende certifica que no existe un tratamiento estándar que pueda ser más beneficioso a nivel clínico para Usted que el servicio solicitado, el servicio solicitado puede ser beneficioso para Usted en el tratamiento de Su enfermedad poco común y dicho beneficio es más importante que el riesgo del servicio. Además, el Médico que lo atiende debe certificar que Su afección es una enfermedad poco común que en la actualidad está sujeta, o lo estaba anteriormente, a un estudio de investigación del National Institutes of Health Rare Disease Clinical Research Network o que afecta a menos de 200,000 residentes de los Estados Unidos por año.

Para los propósitos de esta sección, el Médico que lo atiende debe ser un Médico autorizado, elegible o certificado por la junta calificado para ejercer en el área adecuada a fin de tratar Su afección o enfermedad. Además, para un tratamiento de enfermedad poco común, el Médico que lo atiende puede no ser Su Médico de tratamiento.

#### **D. Su derecho a apelar una determinación de que un servicio está fuera de la red.**

Si hemos denegado la cobertura para un tratamiento fuera de la red porque no es significativamente diferente al servicio de salud disponible dentro de la red, puede apelar ante un Agente de apelaciones externas si cumple los dos (2) requisitos para una apelación externa del párrafo "A" anteriormente mencionado y ha solicitado la Autorización previa para el tratamiento fuera de la red.

Además, el Médico que lo trata debe certificar que el servicio fuera de la red es significativamente diferente al servicio de salud alternativo recomendado dentro de la red y, según dos (2) documentos de evidencia científica y médica disponible, es posible que sea más beneficioso a nivel clínico que el tratamiento alternativo dentro de la red y que el riesgo adverso del servicio de salud solicitado no aumentaría significativamente en comparación con el servicio de salud alternativo dentro de la red.

Para los propósitos de esta sección, el Médico que lo atiende debe ser un Médico autorizado, elegible o certificado por la junta calificado para ejercer en el área de especialidad adecuada a fin de tratarlo por el servicio de salud.

**E. Su derecho a apelar una Remisión fuera de la red; denegación de autorización para un Proveedor no participante.**

Si denegamos la cobertura de una solicitud para una autorización para un Proveedor no participante porque determinamos que tenemos un Proveedor participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer Sus necesidades de atención médica particulares que puede proporcionar el servicio de atención médica solicitado, puede apelar ante un Agente de apelaciones externas si cumple con los dos (2) requisitos para una apelación externa del párrafo “A” anteriormente mencionado.

Además, el Médico que lo trata debe certificar que el Proveedor participante recomendado por Nosotros no tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer Sus necesidades de atención médica particulares, y debe recomendar un Proveedor no participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer Sus necesidades de atención médica particulares que pueda proporcionar el servicio de atención médica solicitado.

Para los propósitos de esta sección, el Médico que lo atiende debe ser un Médico autorizado, elegible o certificado por la junta calificado para ejercer en el área de especialidad adecuada a fin de tratarlo por el servicio de salud.

**F. Su derecho a apelar una denegación de excepción al Formulario.**

Si hemos denegado Su solicitud para la cobertura de un Medicamento con receta que no está en Nuestro formulario a través de Nuestro proceso de excepción al formulario, Usted, la persona designada por Usted o el Profesional de atención médica que receta puede apelar la denegación de excepción al formulario ante un Agente de apelaciones externas. Consulte la sección Cobertura para medicamentos con receta de este Contrato para obtener más información sobre el proceso de excepción al formulario.

**G. El proceso de apelación externa.**

Usted tiene cuatro (4) meses desde la recepción de una determinación adversa final o desde la recepción de una exención del proceso de Apelaciones internas para presentar una solicitud por escrito para una apelación externa. Si está presentando una apelación externa por Nuestra falta de cumplimiento con los requisitos de procesamiento de reclamaciones, tiene cuatro (4) meses desde dicho incumplimiento para presentar una solicitud por escrito para una apelación externa.

Proporcionaremos una solicitud de apelación externa con la determinación adversa final emitida a través de Nuestro proceso de Apelación interna o Nuestra exención escrita de una Apelación interna. También puede solicitar una solicitud de apelación externa al Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York al 1.800.400.8882. Envíe la solicitud completa al Departamento de Servicios Financieros a la dirección indicada en la solicitud. Si cumple con los criterios para una apelación externa, el Estado enviará el pedido a un Agente de apelaciones externas certificado.

Puede enviar documentación adicional con Su pedido de apelación externa. Si el Agente de apelaciones externas determina que la información que Usted envió representa un cambio significativo de la información en la que basamos Nuestra denegación, el Agente de apelaciones externas compartirá esta información con Nosotros para que ejerzamos Nuestro derecho de reconsiderar Nuestra decisión. Si elegimos ejercer este derecho, tendremos tres (3) días hábiles para enmendar o confirmar Nuestra decisión. Tenga en cuenta que en el caso de una apelación externa acelerada (descrita a continuación), no tenemos derecho a reconsiderar Nuestra decisión.

En general, el Agente de apelaciones externas debe tomar una decisión en 30 días después de recibir Su solicitud completa. El Agente de apelaciones externas puede solicitar información adicional de Usted, Su Médico o de Nosotros. Si el Agente de apelaciones externas solicita información adicional, tendrá cinco (5) días hábiles adicionales para tomar su decisión. El Agente de apelaciones externas debe notificarnos por escrito su decisión en dos (2) días hábiles.

Si el Médico que lo atiende certifica que una demora al proporcionar el servicio que ha sido denegado presenta una amenaza grave o inminente para Su salud, o si el Médico que lo atiende certifica que el plazo para la apelación externa estándar podría poner gravemente en peligro Su vida, salud o la capacidad para recuperar la función máxima, o si recibió Servicios de emergencia y no ha sido dado de alta del Centro y la denegación implica un ingreso, disponibilidad de atención o estadía continuada, puede solicitar una apelación externa acelerada. En ese caso, el Agente de apelaciones externas debe tomar una decisión en 72 horas después de recibir Su solicitud completa. Inmediatamente después de tomar una decisión, el Agente de apelaciones externas debe notificarle a Usted y notificarnos a Nosotros por teléfono o facsímil esa decisión. El Agente de apelaciones externas también debe notificarnos por escrito su decisión.

Si Su solicitud de excepción al formulario interna recibió una revisión estándar a través de Nuestro proceso de excepciones al formulario, el Agente de apelaciones externas debe tomar una decisión sobre Su apelación externa y notificarle a Usted y a la persona designada por Usted y al Profesional de atención médica que receta en 72 horas después de recibir Su solicitud completa. Si el Agente de apelaciones externas anula Nuestra denegación, Cubriremos el Medicamento con receta durante el tiempo que Usted lo tome, incluso todos los resurtidos.

Si Su solicitud de excepción al formulario interna recibió una revisión acelerada a través de Nuestro proceso de excepciones al formulario, el Agente de apelaciones externas debe tomar una decisión sobre Su apelación externa y notificarle a Usted y a la persona designada por Usted y al Profesional de atención médica que receta en 24 horas después de recibir Su solicitud completa. Si el Agente de apelaciones externas anula Nuestra denegación, Cubriremos el Medicamento con receta mientras padezca la afección de salud que puede poner gravemente en peligro Su salud, vida o capacidad para recuperar al máximo sus funciones o durante Su tratamiento en curso actual utilizando el Medicamento con receta que no está en el formulario.

Si el Agente de apelaciones externas revierte Nuestra decisión de que un servicio no es Medicamento necesario o aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación o un tratamiento fuera de la red, Nosotros proporcionaremos cobertura sujeta a los demás términos y condiciones de este Contrato. Tenga en cuenta que si el Agente de apelaciones externas aprueba la cobertura para un tratamiento experimental o de investigación que es parte de un ensayo clínico, Nosotros solo Cubriremos el costo de los servicios necesarios para brindarle el tratamiento a Usted de acuerdo con el diseño del ensayo. No seremos responsables de los costos de medicamentos o dispositivos en investigación, los costos de servicios que no sean de atención médica, los costos de realización de la investigación, o los costos que no están Cubiertos por este Contrato para tratamientos que no sean de investigación que se brinden en el ensayo clínico.

La decisión del Agente de apelaciones externas es vinculante tanto para Usted como para Nosotros. La decisión del Agente de apelaciones externas es admisible en cualquier procedimiento legal.

Le cobraremos a Usted una tarifa de \$25 por cada apelación externa, sin exceder los \$75 en cada Año del plan. La solicitud para apelaciones externas explicará cómo enviar esta tarifa. No aplicaremos la tarifa si determinamos que pagar esta tarifa constituye una dificultad para Usted. Si el Agente de apelaciones externas revierte la denegación de la cobertura, le reembolsaremos la tarifa.

#### **H. Sus responsabilidades.**

**Es Su responsabilidad iniciar el proceso de apelación externa.** Usted puede iniciar el proceso de apelación externa presentando una solicitud completa al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. Puede designar a un representante para que lo asista con Su solicitud; no obstante, el Departamento de Servicios Financieros se comunicará con Usted y solicitará que Usted confirme por escrito que ha designado a dicho representante.

**Según la ley del estado de Nueva York, Su solicitud completa para apelación externa debe presentarse en el plazo de cuatro (4) meses desde la fecha en que Usted recibió la determinación adversa final, o desde la fecha en que recibió la exención por escrito de toda Apelación interna, o desde Nuestro incumplimiento con los requisitos de procesamiento de reclamaciones. No está dentro de nuestra autoridad extender este plazo.**

## SECCIÓN XXII

### Finalización de la cobertura

Este Contrato puede finalizarse de las siguientes maneras:

#### **A. Finalización automática de este Contrato.**

Este Contrato quedará finalizado automáticamente

1. Tras Su muerte.
2. Cuando Usted cumpla 65 años, Su cobertura terminará al final del mes en el que cumplió los 65 años o pasó a ser elegible para Medicare.
3. Si Usted es elegible para Medicaid o se inscribe en un programa de Medicaid, Su cobertura terminará al final del mes en el que se determina que es elegible para Medicaid.
4. Si Su ingreso es superior al 200% del Nivel Federal de Pobreza, Su cobertura terminará al final del mes en que cambió su ingreso.
5. Si Su estado de inmigración sufrió alguna modificación por la cual Usted es elegible para otra cobertura, incluido Medicaid, Su cobertura terminará al final del mes antes de que se determine que es elegible para Medicaid.
6. Si se inscribió en un programa diferente a través del Mercado de seguros NY State of Health.

#### **B. Finalización por Su cuenta.**

Usted puede finalizar este Contrato en cualquier momento enviando al NYSOH un aviso por escrito con al menos 14 días de anticipación.

#### **D. Finalización por Nuestra cuenta.**

Nosotros podemos finalizar este Contrato con un aviso por escrito con 30 días de anticipación por los siguientes motivos:

1. Primas impagas.  
Usted debe pagarnos las Primas en la fecha de vencimiento de cada Prima. Si bien cada Prima vence en su fecha de vencimiento, existe un período de gracia para el pago de cada Prima. Si el pago de la Prima no se recibe para el final del período de gracia, la cobertura finalizará de la siguiente manera:
  - Si Usted no paga la Prima requerida dentro del período de gracia de 30 días, este Contrato finalizará el último día del período de gracia de 30 días. Usted no deberá pagar ninguna reclamación presentada durante el período de gracia si este Contrato finaliza.

2. Fraude o tergiversación intencional de un hecho material.  
Si Usted realizó una acción que constituye fraude o realizó una tergiversación intencional de un hecho material por escrito en Su solicitud de inscripción, o para obtener cobertura para un servicio, este Contrato finalizará de manera inmediata mediante un aviso por escrito que le enviará a Usted el NYSOH. No obstante, si Usted realizó una tergiversación intencional de un hecho material por escrito en Su solicitud de inscripción, Nosotros rescindiremos este Contrato si los hechos tergiversados podrían habernos llevado a negarnos a emitir este Contrato y la solicitud adjunta a este Contrato. Rescisión significa que la finalización de Su cobertura tendrá un efecto retroactivo hasta la emisión de este Contrato.
3. Si Usted ya no vive o reside en Nuestra Área de servicio.
4. La fecha de este Contrato finaliza porque Nosotros ya no ofrecemos la clase de contratos a la que pertenece este Contrato, sin reparos por experiencia en reclamaciones o estado de salud relacionado con este Contrato. Le enviaremos un aviso por escrito con al menos cinco meses de anticipación.
5. La fecha de este Contrato finaliza porque Nosotros finalizamos o cesamos de ofrecer toda la cobertura de costos hospitalarios, quirúrgicos y médicos en el mercado individual en este estado. Le enviaremos un aviso por escrito con al menos 180 días de anticipación.

Ningún tipo de finalización perjudicará el derecho a realizar una reclamación de los beneficios que surgieron antes de dicha finalización.

Consulte la sección Derecho de conversión a un nuevo Contrato luego de la finalización en este Contrato para obtener información sobre Su derecho de conversión a otro Contrato individual.



## SECCIÓN XXIII

### **Derechos de suspensión temporal para miembros de las fuerzas armadas**

Si Usted, el Suscriptor, es miembro de un componente de reserva de las fuerzas armadas de los Estados Unidos, incluida la Guardia Nacional, tiene derecho a suspensión temporal de la cobertura durante el servicio activo y el restablecimiento de la cobertura al final del servicio activo si:

1. su servicio activo se extiende durante un período en el que el presidente está autorizado a ordenar que unidades de la reserva pasen a servicio activo, siempre que dicho servicio activo adicional sea solicitado por el gobierno federal y para su conveniencia; y
2. Usted no permanezca más de cinco (5) años en servicio activo.

Debe enviarnos una solicitud por escrito para pedir que Su cobertura se suspenda durante el período de servicio activo. Las Primas que no le correspondan se reembolsarán durante el período de dicha suspensión.

Una vez que finalice el servicio activo, Su cobertura se reanudará si Usted:

1. nos envía una solicitud por escrito; y
2. manda el pago de la prima en el plazo de 60 días desde la finalización de su servicio activo.

El derecho a reanudar su cobertura se extiende a la cobertura para Sus dependientes. En cuanto a la cobertura que fue suspendida mientras estaba en servicio activo, esta cobertura será retroactiva a la fecha en la que finalizó el servicio activo.

## SECCIÓN XXIV

### Disposiciones generales

#### **1. Acuerdos entre Nosotros y los Proveedores participantes.**

Todos los acuerdos entre Nosotros y los Proveedores participantes solo podrán ser finalizados por Nosotros o los Proveedores participantes. Este Contrato no exige a ningún Proveedor que acepte un Suscriptor como paciente. No garantizamos la aceptación de un Suscriptor por parte de un Proveedor participante o un programa de beneficios de salud.

#### **2. Asignación.**

Usted no puede asignar ningún beneficio estipulado por este Contrato a ninguna persona, empresa u organización. Usted no puede asignar ninguna cantidad adeudada según lo estipulado en este Contrato a ninguna persona, empresa u organización, a menos que se trate de una asignación a Su Proveedor por una factura imprevista. Consulte la sección Cómo funciona Su cobertura de este Contrato para obtener más información sobre las facturas imprevistas. Toda asignación de beneficios de Su parte por cantidades que no sean de facturas imprevistas será nula.

"Asignación" hace referencia a la transferencia a otra persona o a una organización de Su derecho a los servicios brindados según lo estipulado en este Contrato o de Su derecho a cobrarnos dinero por estos servicios. Sin embargo, Usted puede solicitarnos que realicemos el pago de los servicios directamente a Su Proveedor en lugar de a Usted.

#### **3. Cambios en este Contrato.**

Podemos realizar cambios en este Contrato de manera unilateral en la renovación siempre que le enviemos un aviso por escrito con 45 días de anticipación.

#### **4. Elección de la legislación.**

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

#### **5. Error administrativo.**

Un error administrativo, ya sea Suyo o Nuestro, con respecto a este Contrato o a cualquier otro documento emitido por Nosotros relacionado con este Contrato, o al mantener registro correspondiente a la cobertura según se especifica más adelante, no modificará ni invalidará la cobertura que está vigente de manera válida ni continuará la cobertura que sería finalizada de manera válida.

#### **6. Cumplimiento con la legislación.**

Cualquier condición de este Contrato que esté en conflicto con la ley del estado de Nueva York o con cualquier ley federal aplicable que imponga requisitos adicionales de aquellos exigidos por la ley del estado de Nueva York será modificada para cumplir con los requisitos mínimos de esa ley.

#### **7. Continuación de las limitaciones de los beneficios.**

Algunos de los beneficios de este Contrato pueden estar limitados a un número

específico de visitas. Usted no tendrá derecho a beneficios adicionales en caso de que Su estado de cobertura cambie durante el año. Por ejemplo, Su cobertura finaliza y Usted se inscribe en el producto más adelante en el año.

#### **8. Acuerdo completo.**

Este Contrato, junto a las observaciones, cláusulas y solicitudes adjuntas, si hubiese, constituyen el Contrato completo.

#### **9. Fraude y facturación excesiva.**

Contamos con procesos para revisar reclamaciones antes y después del pago para detectar fraude y facturación excesiva. Es posible que Proveedores no participantes les facturen saldos a los miembros que buscan obtener servicios de Proveedores no participantes por aquellos servicios que se determinan como no pagaderos debido a que existe una sospecha razonable de fraude o de otra mala conducta intencional o de facturación excesiva.

#### **10. Presentación de información y auditoría.**

Usted deberá proporcionarnos de inmediato toda la información y registros que pudiéramos necesitar en algún momento para cumplir con Nuestras obligaciones según lo estipulado en este Contrato. Usted debe proporcionarnos la información por teléfono por razones como las siguientes: para permitirnos determinar el nivel de atención que necesita, para que podamos certificar la atención autorizada por Su Médico, o para tomar decisiones en cuanto a la Necesidad médica de Su atención.

#### **11. Tarjetas de identificación.**

Emitimos las tarjetas de identificación solo a los fines de identificación. La posesión de una tarjeta de identificación no le otorga derecho a servicios ni beneficios estipulados en este Contrato. Para obtener el derecho a estos servicios o beneficios, Sus Primas deben estar pagadas en su totalidad al momento en que se solicitan los servicios.

#### **12. Indisputabilidad.**

Ninguna declaración realizada por Usted en una solicitud para cobertura de este Contrato anulará el Contrato o será usada en un procedimiento legal, a menos que la solicitud o una copia exacta esté adjunta a este Contrato. Después de dos (2) años desde la fecha de emisión de este Contrato, ninguna declaración errónea, excepto aquellas fraudulentas que Usted pueda realizar en Su solicitud de cobertura, serán utilizadas para anular el Contrato o rechazar una reclamación.

#### **13. Contratistas independientes.**

Los Proveedores participantes son contratistas independientes. No son Nuestros agentes ni empleados. Nosotros y Nuestros empleados no somos agentes ni empleados de ningún Proveedor participante. No somos responsables de ninguna reclamación ni demanda en cuanto a daños que provengan o estén relacionados de alguna manera con lesiones presuntamente sufridas por Usted mientras recibía atención de un Proveedor participante o en un Centro de un Proveedor participante.

#### **14. Aporte para el desarrollo de Nuestras políticas.**

Usted puede participar en el desarrollo de Nuestras políticas. Para esto, deberá llamar

al número que aparece en el reverso de Su tarjeta de identificación. Valoramos sus ideas. Puede ayudarnos a desarrollar políticas para atender mejor a nuestros miembros. Si tiene ideas que compartir, cuéntenos. Llame al número de Servicio para los miembros para conocer de qué manera puede ayudar.

#### **15. Accesibilidad a materiales.**

Le proporcionaremos tarjetas de identificación, Contrato, cláusulas y todos los materiales necesarios.

#### **16. Más información sobre Su plan de salud.**

Puede solicitar información adicional sobre Su cobertura estipulada en este Contrato. Mediante Su solicitud, le brindaremos la siguiente información:

- Una lista de los nombres, direcciones comerciales y cargos oficiales de Nuestra junta directiva, funcionarios y miembros y Nuestra declaración financiera anual certificada más reciente, que incluye un estado financiero y un resumen de los recibos y desembolsos.
- La información que le proporcionamos al Estado sobre las quejas de Nuestros consumidores.
- Una copia de Nuestros procedimientos de mantenimiento de la confidencialidad de la información del Suscriptor.
- Una copia de Nuestro formulario de medicamentos. También puede preguntar si un medicamento específico está Cubierto según lo estipulado en este Contrato.
- Una descripción por escrito de Nuestro programa de aseguramiento de calidad.
- Una copia de Nuestra política médica con respecto a un medicamento, dispositivo médico o tratamiento experimental o de investigación en ensayos clínicos.
- Afiliaciones de Proveedores con Hospitales participantes.
- Una copia de Nuestros criterios de revisión médica (por ejemplo, criterios de Necesidad médica) y, cuando corresponda, otra información médica que consideremos que está relacionada con una enfermedad específica, tratamiento en curso o pauta de Revisión de utilización, incluidos los criterios de revisión clínica relacionados con la determinación de anulación del protocolo de tratamiento escalonado.
- Procedimientos de solicitud por escrito y requisitos de calificación mínimos para los Proveedores.
- Documentos que contengan los procesos, las estrategias, las normas probatorias y otros factores utilizados para aplicar una limitación de tratamiento con respecto a beneficios médicos/quirúrgicos y beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias según el Contrato.

#### **17. Aviso.**

Todo aviso que Nosotros le enviemos a Usted según lo estipulado en este Contrato debe ser enviado a Su dirección tal como aparece en Nuestros registros. Usted acepta enviarnos un aviso en caso de cambio de Su dirección. Si Usted debe enviarnos un aviso, debe enviarlo mediante el servicio de correo de Estados Unidos, primera clase, con franqueo prepago a la dirección que aparece en Su tarjeta de identificación.

#### **18. Pago de las Primas.**

El Suscriptor debe pagarnos la Prima inicial un (1) mes por adelantado en Nuestra oficina. La Prima del primer mes, si hubiese, vence y debe pagarse al presentar la solicitud. La Cobertura comenzará en la fecha de entrada en vigencia del Contrato, que se define en este documento. Las Primas posteriores vencen y deben pagarse el primer día de cada mes a partir de allí.

#### **19. Reembolso de Primas.**

Le reembolsaremos las Primas, si corresponde, a Usted.

#### **20. Recuperación de sobrepagos.**

En algunas ocasiones, se realizará un pago a Usted cuando Usted no esté cubierto, por un servicio que no está Cubierto o que es más de lo adecuado. Cuando esto suceda, le explicaremos a Usted el problema y Usted debe devolvernos la cantidad del sobrepago en el plazo de 60 días después de recibir una notificación de Nuestra parte. Sin embargo, no iniciaremos esfuerzos de recuperación de sobrepago más de 24 meses después de que se realizó el pago original, a menos que tengamos una sospecha razonable de fraude o de otra mala conducta intencional.

#### **21. Fecha de renovación.**

La fecha de renovación de este Contrato es 12 meses después de la fecha en que entra en vigencia este Contrato. Este Contrato se renovará automáticamente cada año en la fecha de renovación siempre que Usted continúe siendo elegible según lo estipulado en este Contrato y a menos que sea finalizado por Nosotros según lo permite este Contrato.

#### **22. Restablecimiento después de incumplimiento.**

Si Usted no cumple con alguno de los pagos estipulados en este Contrato, Nuestra posterior aceptación del pago o por alguno de Nuestros agentes o corredores autorizados deberá restablecer el Contrato.

#### **23. Derecho a desarrollar pautas y regulaciones administrativas.**

Podemos desarrollar o adoptar normas que describan de manera más detallada cuándo realizaremos o no realizaremos pagos según lo estipulado en este Contrato. Algunos de los ejemplos del uso de las normas son para determinar si: la atención hospitalaria como paciente internado fue Médicamente necesaria, si la cirugía fue Médicamente necesaria para tratar Su enfermedad o lesión, o si ciertos servicios son de atención especializada. Estas normas no deben ser contrarias a las descripciones de este Contrato. Si tiene alguna pregunta sobre las normas que se aplican a un beneficio en particular, puede comunicarse con Nosotros y le explicaremos las normas o le enviaremos una copia de las normas. También podemos desarrollar regulaciones administrativas que correspondan a la inscripción y a otros asuntos administrativos. Tenemos todo el poder necesario o que corresponda para permitirnos llevar a cabo Nuestros deberes en relación con la administración de este Contrato.

#### **24. Derecho a compensación.**

Si le realizamos a Usted o en Su nombre el pago de una reclamación por error o si Usted nos debe alguna cantidad de dinero, Usted debe devolvernos o pagarnos ese

dinero que nos debe. A menos que la ley exija lo contrario, si Nosotros le debemos a Usted un pago por otras reclamaciones recibidas, tenemos el derecho de restar las cantidades que Usted nos deba a Nosotros de cualquier pago que Nosotros le debamos a Usted.

#### **25. Separabilidad.**

La inaplicabilidad o invalidez de cualquier cláusula de este Contrato no debe afectar la validez y aplicabilidad del resto de este Contrato.

#### **26. Cambio significativo en las circunstancias.**

Si no podemos organizar que los Servicios Cubiertos se brinden según lo estipulado en este Contrato debido a eventos que escapan de Nuestro control, haremos un esfuerzo de buena fe para organizar arreglos alternativos. Estos eventos incluyen catástrofes, epidemias, la destrucción parcial o completa de las instalaciones, disturbios, sublevación civil, incapacidad de una parte importante del personal de los Proveedores participantes, o causas similares. Haremos los intentos razonables para organizar los Servicios Cubiertos. Nuestros Proveedores participantes y Nosotros no seremos responsables de demoras ni fallas en la provisión o en la organización de los Servicios Cubiertos si dicha demora o falla es ocasionada por un evento de estas características.

#### **27. Subrogación y reembolso.**

Estos párrafos se aplican cuando otra parte (incluido otro asegurador) es, o podría descubrirse que es, responsable de Su lesión, enfermedad u otra afección y Nosotros ya habíamos proporcionado beneficios relacionados con esa lesión, enfermedad o afección. Según permita la ley estatal aplicable, a menos que contradiga a la ley federal, Nosotros podremos ser subrogados a todos los derechos de recuperación contra cualquier parte (incluido Su propio asegurador) por los beneficios que le proporcionamos a Usted según lo estipulado en este Contrato. Subrogación significa que Nosotros tenemos derecho, independientemente de Usted, de proceder directamente contra la otra parte para recuperar los beneficios que Nosotros hemos proporcionado.

Sujeto a las leyes estatales aplicables, salvo que prevalezca la ley federal, podemos tener el derecho de reembolso si Usted o alguien en Su nombre recibe el pago de cualquier parte responsable (incluso de Su propia compañía de seguros) por cualquier acuerdo, veredicto o procedimiento de seguro en conexión con la lesión, enfermedad o afección para la cual hayamos proporcionado beneficios. Según el artículo 5-335 de la Ley de Obligaciones Generales de Nueva York, Nuestro derecho de recuperación no aplica cuando se llega a un acuerdo entre un demandante y un demandado, salvo que exista un derecho legal de reembolso. La ley también prohíbe que, cuando celebre un acuerdo, se presuma que Usted no tomó ninguna medida contra Nuestros derechos ni viole ningún contrato entre Usted y Nosotros. La ley presume que el acuerdo entre Usted y la parte responsable no incluye una compensación del costo de los servicios de atención médica por los que proporcionamos beneficios.

Requerimos que Usted nos notifique en un plazo de 30 días desde la fecha en la que se haya dado aviso a cualquiera de las partes, incluidos una compañía de seguros o un abogado, de Su intención de presentar o investigar una reclamación para obtener

compensación por daños y perjuicios u obtener compensación por una lesión, enfermedad o afección que tuvo para la cual hayamos proporcionado beneficios. Debe proporcionar toda la información solicitada por Nosotros o Nuestros representantes, incluido, entre otras cosas, completar y enviar solicitudes u otros formularios o declaraciones que pidamos razonablemente.

### **28. Terceros beneficiarios.**

Este Contrato no pretende crear ningún tercero beneficiario y ninguna parte de este Contrato delegará a ninguna persona o entidad, que no sea Usted o Nosotros, algún derecho, beneficio o recurso de ningún tipo de naturaleza ni por ningún motivo de este Contrato. Ninguna otra parte puede hacer cumplir estas disposiciones del Contrato, buscar una solución judicial por algo que surja porque Usted o Nosotros ejecutamos o no una parte de este Contrato, demandar o buscar el incumplimiento de alguna condición de este Contrato.

### **29. Momento para realizar una demanda.**

No se podrá presentar ninguna acción en virtud de la totalidad del sistema jurídico contra Nosotros antes del vencimiento de los 60 días después de enviarnos por escrito una reclamación como se requiere en este Contrato. Debe iniciar una demanda contra Nosotros según este Contrato dentro de los tres (3) años a partir de la fecha en que se solicitó que se presentara la reclamación.

### **30. Servicios de traducción.**

Tenemos servicios de traducción disponibles según este Contrato para los Suscriptores que no hablan inglés. Comuníquese con nosotros al número que aparece en Su tarjeta de identificación para acceder a estos servicios.

### **31. Fuero para la acción legal.**

Si surge una disputa conforme a este Contrato, se debe resolver en un tribunal ubicado en el estado de Nueva York. Usted acuerda no iniciar una demanda legal contra Nosotros en otro lugar. También brinda Su consentimiento para que los tribunales del estado de Nueva York tengan jurisdicción personal sobre Usted. Eso significa que, cuando se han seguido los procedimientos adecuados para iniciar una demanda legal en estos tribunales, los tribunales pueden ordenarle que defienda cualquier acción que iniciemos contra Usted.

### **32. Exención.**

La exención de cualquiera de las partes de un incumplimiento de una disposición de este Contrato no se interpretará como un incumplimiento subsecuente de la misma disposición o cualquier otra. El no ejercer algún derecho de este documento no operará como una exención de ese derecho.

### **33. Quién puede cambiar este Contrato.**

Este Contrato no se puede modificar, enmendar ni cambiar, salvo que se realice por escrito y lo firme Nuestro Director ejecutivo (“CEO”) o una persona designada por este. Ningún empleado, agente ni otra persona está autorizada a interpretar, enmendar, modificar o cambiar de cualquier otra forma este Contrato de manera que expanda o limite el alcance de la cobertura o las condiciones de elegibilidad, inscripción o

participación, a menos que sea por escrito y lo firme el CEO o una persona designada por este.

#### **34. Quién recibe el pago conforme a este Contrato.**

Según este Contrato, Nosotros realizaremos los pagos directamente al Proveedor por los servicios proporcionados por parte de un Proveedor participante. Si recibe servicios de un Proveedor no participante, nos reservamos el derecho de pagarle a Usted o al Proveedor. Si asigna los beneficios por una factura imprevista a un Proveedor no participante, le pagaremos directamente al Proveedor no participante. Consulte la sección Cómo funciona Su cobertura de este Contrato para obtener más información sobre las facturas imprevistas.

#### **35. Compensación laboral no afectada.**

La cobertura proporcionada conforme a este Contrato no sustituye ni afecta ningún requisito de cobertura por el seguro de la compensación laboral o la ley.

#### **36. Sus informes y registros médicos.**

Para proporcionar Su cobertura conforme a este Contrato, es posible que necesitemos obtener sus registros médicos y la información de los Proveedores que lo atienden. Nuestras medidas para proporcionar esa cobertura incluyen el procesamiento de Sus reclamaciones, la revisión de Reclamos, apelaciones o quejas relacionados con Su atención, y las revisiones de control de calidad de Su atención, ya sea en función de una queja específica o una auditoría de rutina de casos seleccionados al azar. Al aceptar la cobertura conforme a este Contrato, excepto según lo prohíban las leyes estatales o federales, Usted nos otorga automáticamente a Nosotros o a la persona que Nosotros designemos permiso para obtener y usar Sus registros médicos para esos fines y Usted autoriza a todos los Proveedores que le prestan servicios a Usted a lo siguiente:

- divulgar todos los datos relacionados con Su atención médica, tratamiento y afección física a Nosotros o al profesional médico, dental o de salud mental que podemos contratar para que Nos ayude a revisar un tratamiento o una reclamación, o para algo relacionado con una queja o revisión de calidad de la atención médica;
- hacer informes sobre Su atención, tratamiento y afección física para Nosotros o un profesional médico, dental o de salud mental que podamos contratar para que Nos ayude a revisar un tratamiento o una reclamación; y
- permitir que copiemos Sus registros médicos.

Aceptamos conservar Su información médica de acuerdo con los requisitos de confidencialidad estatales y federales. Sin embargo, en la medida que lo permitan las leyes estatales y federales, Usted automáticamente Nos otorga permiso para compartir Su información con el Departamento de Salud del estado de Nueva York y otras agencias autorizadas locales, estatales y federales con autoridad superior al Plan Esencial, organizaciones de control de calidad y terceros con los que tenemos contrato para que Nos ayuden a administrar este Contrato, siempre que también acepten conservar la información conforme a los requisitos de confidencialidad



federales y estatales. Si desea cancelar cualquier permiso que nos haya otorgado para divulgar esta información, puede llamarnos al número que aparece en el reverso de Su tarjeta de identificación.

### **37. Sus derechos.**

Usted tiene derecho a obtener información completa y actualizada sobre Su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de un médico u otro Proveedor en términos que Usted pueda entender de forma razonable. Cuando no sea aconsejable darle esa información, esta quedará disponible para la persona apropiada que actúe en Su nombre.

Tiene derecho a recibir información de Su Médico o cualquier otro Proveedor que necesite para que dé Su consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento.

Tiene el derecho a rechazar un tratamiento en la medida que la ley lo permita y a ser informado de las consecuencias médicas de esa acción.

Tiene derecho a formular instrucciones anticipadas en relación con Su atención.

## SECCIÓN XXV DEL PLAN ESENCIAL

### ESQUEMA DE BENEFICIOS DE AFFINITY HEALTH PLAN

**\*Consulte la descripción de beneficios en el Contrato para obtener más detalles**

Los servicios Proveedores no participantes no están Cubiertos por ningún servicio que no esté relacionado con la atención de emergencia y Usted paga el costo total de los servicios brindados por un proveedor no participante excepto en los casos relacionados con la atención de emergencia.

	<b>PLAN ESENCIAL 2 AI/AN PLUS DENTAL/VISION</b>
<b>COSTO COMPARTIDO</b>	
<b>Deducible</b>	
· Individual	\$0
<b>Límite de Gastos que paga de Su bolsillo</b>	
· Individual	\$0
<b>CONSULTAS EN EL CONSULTORIO</b>	
Consultas con Médico de atención primaria en el consultorio (o consultas a domicilio)	\$0
Consultas con especialista en el consultorio (o consultas a domicilio)	\$0
<b>ATENCIÓN PREVENTIVA</b>	
· Exámenes físicos anuales para adultos*	Cobertura completa
· Inmunizaciones para adultos*	Cobertura completa
· Servicios ginecológicos de rutina/exámenes de bienestar de la mujer*	Cobertura completa
· Mamografías, exámenes de detección y diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama	Cobertura completa
· Procedimientos de esterilización para mujeres*	Cobertura completa
· Vasectomía	Cobertura completa
· Pruebas de densidad ósea*	Cobertura completa
· Pruebas de detección de cáncer de próstata	Cobertura completa
Realizadas en el consultorio del PCP	\$0
Realizadas en el consultorio del especialista	\$0
· Todos los demás servicios preventivos requeridos por el USPSTF y la HRSA	Cobertura completa
*Cuando los servicios preventivos no se brinden de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por el USPSTF y la HRSA	Utilice el Costo compartido para el servicio apropiado (consulta con Médico de atención primaria en el

	consultorio; consulta con especialista en el consultorio; servicios de radiología de diagnóstico; procedimientos de laboratorio y pruebas de diagnóstico)
<b>ATENCIÓN DE EMERGENCIA</b>	
Servicios médicos prehospitalarios de emergencia (Servicios de ambulancia)	\$0
Servicios de ambulancia que no sean de emergencia <b>Se requiere Autorización previa</b>	\$0
Departamento de emergencias No se aplica el copago en caso de ingreso en el Hospital	\$0
Centro de atención de urgencia	\$0
<b>SERVICIOS PROFESIONALES y ATENCIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS</b>	
Servicios de diagnóstico por imágenes avanzados · Realizados en el entorno de un centro de radiología o consultorio independiente · Realizados como servicios para pacientes externos en un hospital <b>Se requiere Autorización previa</b>	\$0 \$0
Pruebas y tratamientos de alergias · Realizados en el consultorio del PCP · Realizados en el consultorio del especialista	\$0 \$0
Honorarios del centro quirúrgico ambulatorio Servicios de anestesia (todos los entornos) <b>Se requiere Autorización previa</b>	\$0 Cobertura completa
Servicios en bancos de sangre autólogos <b>Se requiere Autorización previa</b>	Coseguro del 0%
Rehabilitación cardíaca y pulmonar · Realizada en el consultorio del especialista · Realizada como servicios para pacientes externos en un hospital · Realizada como servicios para pacientes internados en un hospital <b>Se requiere Autorización previa</b>	\$0 \$0 Se incluye como parte del Costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes internados

<p>Quimioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Realizada en el consultorio del PCP</li> <li>· Realizada en el consultorio del especialista</li> <li>· Realizada como servicio para pacientes externos en un hospital</li> </ul> <p><b>Se requiere Autorización previa (no se requiere Autorización previa para inyectables e infusiones)</b></p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p><b>Se requiere Autorización previa</b></p>	<p>\$0</p>
<p>Ensayos clínicos</p> <p><b>Se requiere Autorización previa</b></p>	<p>Utilice el Costo compartido para el servicio apropiado</p>
<p>Pruebas de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Realizadas en el consultorio del PCP</li> <li>· Realizadas en el consultorio de un especialista</li> <li>· Realizadas como servicios para pacientes externos en un hospital</li> </ul>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Diálisis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Realizada en el consultorio del PCP</li> <li>· Realizada en un centro o consultorio de un especialista independiente</li> <li>· Realizada como servicios para pacientes externos en un hospital</li> </ul> <p><b>Se requiere Autorización previa con el primer encuentro y después de 12 consultas</b></p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Servicios de habilitación (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)</p> <p><b>Se requiere Autorización previa con el primer encuentro y después de 12 consultas</b></p>	<p>\$0</p> <p>60 consultas de terapias combinadas por afección de por vida</p>
<p>Atención médica a domicilio 40 consultas por año del plan</p> <p><b>Se requiere Autorización previa</b></p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de infertilidad</p> <p><b>Se requiere Autorización previa</b></p>	<p>Utilice el Costo compartido para el servicio apropiado (consulta en el consultorio; servicios de radiología de diagnóstico; cirugía; procedimientos de diagnóstico y de laboratorio)</p>

Tratamientos de infusión <ul style="list-style-type: none"> <li>· Realizados en el consultorio del PCP</li> <li>· Realizados en el consultorio del especialista</li> <li>· Realizados como servicios para pacientes externos en un hospital</li> <li>· Tratamientos de infusión en el hogar</li> </ul> (Las infusiones en el hogar cuentan para los límites de consultas de atención médica a domicilio) <b>Se requiere Autorización previa para el primer encuentro y después de 6 encuentros</b>	\$0 \$0 \$0 \$0
Consultas médicas para pacientes internados <b>Se requiere Autorización previa</b>	\$0 por ingreso
Procedimientos de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> <li>· Realizados en el consultorio del PCP</li> <li>· Realizados en el consultorio de un especialista</li> <li>· Realizados en el entorno de un centro de laboratorio o consultorio de un especialista independiente</li> <li>· Realizados como servicios para pacientes externos en un hospital</li> </ul>	\$0 \$25 \$0 \$0
Atención por maternidad y de recién nacidos <ul style="list-style-type: none"> <li>· Atención prenatal</li> <li>· Servicios hospitalarios para pacientes internados</li> <li>· Servicios de médico y partera para el parto</li> <li>· Sacaleches</li> <li>· Atención posnatal</li> </ul> <b>Se requiere Autorización previa</b> en la visita inicial y luego a las 36 semanas	\$0 \$0 por ingreso \$0 \$0  Se incluye en el Costo compartido de servicios de médico y partera para el parto
Cargo del centro hospitalario para pacientes externos por cirugía <b>Se requiere Autorización previa para el caso de un hospital (no para un centro independiente)</b>	\$0
Pruebas previas al ingreso	\$0
Servicios de radiología de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> <li>· Realizados en el consultorio del PCP</li> <li>· Realizados en el consultorio de un especialista</li> <li>· Realizados en el entorno de un centro de radiología independiente</li> <li>· Realizados como servicios para pacientes externos en un hospital</li> </ul>	\$0 \$25 \$0 \$0

<p>Servicios de radiología terapéutica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Realizados en el consultorio de un especialista \$15</li> <li>· Realizados en el entorno de un centro de radiología independiente \$0</li> <li>· Realizados como servicios para pacientes externos en un hospital \$0</li> </ul> <p><b>Se requiere Autorización previa</b></p>	
<p>Servicios de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla) *ver también "Habilitación"</p> <p><b>Se requiere Autorización previa con el primer encuentro y después de 12 consultas</b></p>	<p>\$0</p> <p>60 consultas de terapias combinadas por afección por Año del plan</p>
<p>Segundas opiniones ante el diagnóstico de cáncer, cirugía y otros</p> <p><b>Se requiere Autorización previa</b></p>	\$0
<p>Servicios quirúrgicos</p> <p>(incluida la cirugía bucal, la cirugía reconstructiva de mamas, otras cirugías reconstructivas y correctivas; los trasplantes y la interrupción del embarazo)</p> <p><b>Todos los trasplantes deben realizarse en los centros designados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Cirugía en un hospital para pacientes internados \$0</li> <li>· Cirugía en un hospital para pacientes externos \$0</li> <li>· Cirugía realizada en un centro quirúrgico ambulatorio \$0</li> <li>· Cirugía en el consultorio \$0 (cuando se realiza en el consultorio del PCP) \$0 (cuando se realiza en el consultorio de un especialista)</li> </ul> <p><b>Se requiere Autorización previa</b></p>	
<b>SERVICIOS, EQUIPOS y DISPOSITIVOS ADICIONALES</b>	
<p>Tratamiento de análisis conductual aplicado (ABA) para trastornos del espectro autista</p> <p><b>Se requiere Autorización previa</b></p>	\$0
<p>Dispositivos de asistencia en comunicación para trastornos del espectro autista</p> <p><b>Se requiere Autorización previa</b></p>	\$0
<p>Equipos, suministros y educación de autocontrol para la diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Equipos, suministros e insulina para la diabetes (suministro para 30 días) \$0</li> <li>· Educación para la diabetes \$0</li> </ul> <p><b>Se requiere Autorización previa para la bomba de insulina</b></p>	

Equipos médicos duraderos y dispositivos ortopédicos <b>Se requiere Autorización previa para equipos médicos duraderos con un costo superior a los \$500 (tarifa de Medicare de NY/cuadro de tarifas actual)</b>	Costo compartido del 0%
Audífonos externos (Única compra, una vez cada tres [3] años) <b>Se requiere Autorización previa</b>	Costo compartido del 0%
Implantes cocleares (Uno [1] por oído por tiempo de Cobertura) <b>Se requiere Autorización previa</b>	Costo compartido del 0%
Atención en un hospicio · Pacientes internados · Pacientes externos 210 días por Año del plan Cinco (5) consultas de asesoramiento para la pérdida de un ser querido para la familia <b>Se requiere Autorización previa</b>	\$0 \$0
Suministros médicos <b>Se requiere Autorización previa para costos superiores a los \$500</b>	Coseguro del 0%
Dispositivos protésicos · Externos Un (1) dispositivo protésico por miembro de por vida y el costo de la reparación y la sustitución de los dispositivos protésicos y sus piezas · Internos <b>Se requiere Autorización previa para costos superiores a los \$500</b>	Coseguro del 0%  Incluidos como parte del Costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes internados
<b>SERVICIOS y CENTROS PARA PACIENTES INTERNADOS</b>	
Servicios hospitalarios para pacientes internados para una estadía continua (incluida una hospitalización de atención por mastectomía, rehabilitación cardíaca y pulmonar y atención para pacientes terminales) <b>Se requiere Autorización previa. Sin embargo, no se requiere Autorización previa para ingresos por emergencia.</b>	\$0
Hospitalización por observación <b>Se requiere Autorización previa.</b> No se aplica el copago si se lo transfiere directamente de un entorno de cirugía para pacientes externos a observación	\$0

<p>Centro de atención de enfermería especializada (incluida rehabilitación cardíaca y pulmonar) 200 días por Año del plan</p> <p>No se aplica el copago para cada ingreso si se lo transfiere directamente de un entorno de paciente internado en un hospital al centro de atención de enfermería especializada</p> <p><b>Se requiere Autorización previa</b></p>	\$0
<p>Servicios de habilitación para pacientes internados (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) 60 consultas de terapias combinadas por Año del plan</p> <p><b>Se requiere Autorización previa</b></p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes internados (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) 60 consultas de terapias combinadas por Año del plan</p> <p><b>Se requiere Autorización previa</b></p>	\$0
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y POR TRASTORNOS DE USO DE SUSTANCIAS</b>	
<p>Atención a la salud mental para pacientes internados (para una estadía continua mientras se encuentra en un Hospital)</p> <p><b>Se requiere Autorización previa. Sin embargo, no se requiere Autorización previa para ingresos por emergencia.</b></p>	\$0
<p>Atención a la salud mental para pacientes externos (incluidos los servicios de programas intensivos para pacientes externos y de hospitalización parcial)</p> <p><b>Se requiere Autorización previa</b></p>	\$0
<p>Servicios por uso de sustancias para pacientes internados (para una estadía continua mientras se encuentra en un Hospital)</p> <p><b>Se requiere Autorización previa. Sin embargo, no se requiere Autorización previa para ingresos por emergencia ni para Centros certificados por la OASAS participantes.</b></p>	\$0
<p>Servicios por uso de sustancias para pacientes externos Puede utilizarse un máximo de 20 consultas por Año del plan en concepto de asesoramiento familiar</p>	\$0
<b>MEDICAMENTOS CON RECETA</b>	
*Ciertos Medicamentos con receta no están sujetos al Costo compartido cuando se proporcionan de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por la HRSA o si el producto o servicio tiene una calificación de "A" o "B" de la USPSTF (y se obtiene en una farmacia participante).	
<b>Farmacia minorista</b>	
<p>Suministro para 30 días</p> <p>Nivel 1</p> <p>Nivel 2</p> <p>Nivel 3</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>



<b>Farmacia de pedidos por correo</b>	
Suministro para 90 días como máximo para medicamentos de mantenimiento (2.5 veces el copago)	
Nivel 1	\$0
Nivel 2	\$0
Nivel 3	\$0
<b>MEDICAMENTOS SIN RECETA</b>	
(solo incluir para los planes Esencial 3 y 4)	N/C
<b>BENEFICIOS DE BIENESTAR</b>	
Reembolso de gimnasio	Hasta \$200 por cada período de seis (6) meses
Inscríbase en el Portal de Miembros de Affinity y complete la encuesta sobre salud. Complete el examen físico anual con el PCP y complete las brechas en la atención identificadas para usted durante todo el año calendario.	Tarjeta de regalo por un valor de \$25 Hasta \$100 en tarjetas de regalo
<b>ATENCIÓN DENTAL Y PARA LA VISTA</b>	
<b>Atención dental</b>	
· Atención dental preventiva	\$0
· Atención dental de rutina	\$0
· Atención dental de mayor magnitud (endodoncia, periodoncia y prostodoncia)	\$0
Un (1) examen y limpieza dental por cada período de seis (6) meses.	
Radiografías de toda la boca o radiografías panorámicas en intervalos de 36 meses y radiografías de mordida en intervalos de seis (6) a 12 meses	
<b>La ortodoncia y la atención de mayor magnitud requieren autorización previa</b>	
<b>Atención para la vista</b>	
· Exámenes	\$0
· Lentes y marcos	\$0
· Lentes de contacto	\$0
Un (1) examen por cada [período de 12 meses; año del plan]	
Un (1) conjunto de lentes y montura recetado por año del plan	
<b>Los lentes de contacto requieren autorización previa</b>	