



Contrato de suscriptor

Nueva York | Plan Essential 4

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

Este es su

CONTRATO DEL PLAN ESSENTIAL

Emitido por
UnitedHealthcare Community Plan

Este es su contrato individual para la cobertura del Plan Essential emitida por UnitedHealthcare Community Plan. Este Contrato, junto con el Programa de beneficios adjunto, las solicitudes y cualquier enmienda o cláusula adicional que modifique los términos de este Contrato, constituyen el acuerdo completo entre usted y nosotros.

Tiene derecho de devolver este Contrato. Léalo detenidamente. Si no está satisfecho, puede devolvernos este Contrato y pedirnos que lo cancelemos. Su solicitud debe realizarse por escrito en un plazo de diez (10) días a partir de la fecha en que usted reciba este Contrato. Reembolsaremos cualquier Prima pagada, incluidas las tarifas del Contrato u otros cargos.

Renovabilidad. La fecha de renovación de este Contrato es de 12 meses a partir 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 rescindamos de otro modo según lo permitido por este Contrato o por usted, previa notificación por escrito a Nosotros con 30 días de antelación.

Este Contrato le ofrece la opción de recibir Servicios cubiertos en la red:

Beneficios dentro de la red. Este Contrato solo cubre los beneficios dentro de la red. Para recibir beneficios dentro de la red, debe recibir atención exclusivamente de proveedores participantes en nuestra red de UnitedHealthcare Community Plan y farmacias participantes en nuestra red que se encuentran dentro de nuestra área de servicio. Excepto por la atención de una afección de emergencia o urgente 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 proporcionada por los proveedores no participantes.

LEA DETENIDAMENTE TODO ESTE CONTRATO. DESCRIBE LOS BENEFICIOS DISPONIBLES EN VIRTUD DEL CONTRATO GRUPAL. ES SU RESPONSABILIDAD COMPRENDER LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE CONTRATO.

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

UnitedHealthcare Community Plan

Índice

Sección I. Definiciones	4
Sección II. Cómo funciona su cobertura	10
Proveedores participantes	11
El papel de los médicos de cabecera	11
Servicios sujetos a autorización previa	13
Necesidad médica	14
Números de teléfono y direcciones importantes	17
Sección III. Acceso a la atención y a la atención de transición	18
Sección IV. Gastos de costo compartido y monto permitido	20
Sección V. Quién está cubierto	22
Sección VI. Atención preventiva	23
Sección VII. Servicios médicos de emergencia de ambulancia y prehospitalarios	26
Sección VIII. Servicios de emergencia y atención de urgencia	28
Sección IX. Servicios para pacientes ambulatorios y profesionales	30
Sección X. Beneficios, equipos y dispositivos adicionales	40
Sección XI. Servicios para pacientes hospitalizados	45
Sección XII. Servicios de atención de salud mental y consumo de sustancias	49
Sección XIII. Cobertura de medicamentos recetados	53
Sección XIV. Beneficios de bienestar	62
Sección XV. Beneficios adicionales para ciertos suscriptores del Plan Essential	63
Sección XVI. Exclusiones y limitaciones	67
Sección XVII. Determinaciones de reclamaciones	70
Sección XVIII. Procedimientos de quejas	73
Sección XIX. Revisión de utilización	75
Sección XX. Apelación externa	83
Sección XXI. Rescisión de la cobertura	88
Sección XXII. Derechos de suspensión temporal para miembros de las Fuerzas Armadas	89
Sección XXIII. Disposiciones generales	90
Sección XXIV. Programa de beneficios	99
Aviso de no discriminación	112

Sección I

Definiciones

Los términos definidos aparecerán en mayúsculas a lo largo de este Contrato.

Agudo: El inicio de la enfermedad o lesión, o un cambio en la afección del Suscriptor que requeriría atención médica inmediata.

Cantidad permitida: El monto máximo en el que se basa nuestro pago por los servicios cubiertos. Consulte la sección Gastos de costos compartidos y monto permitido de este Contrato para obtener una descripción de cómo se calcula el monto permitido.

Centro de cirugía para pacientes ambulatorios: Un centro actualmente autorizado por la agencia reguladora estatal correspondiente para la prestación de servicios quirúrgicos y médicos relacionados de forma ambulatoria.

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

Facturación del saldo: Cuando un proveedor no participante le factura la diferencia entre el cargo del proveedor no participante y el monto permitido. Un proveedor participante no podrá facturarle saldo por los servicios cubiertos.

Contrato: Este Contrato emitido por UnitedHealthcare Community Plan, incluido el Programa de beneficios y cualquier cláusula adicional adjunta.

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

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

Costo compartido: Montos que usted debe pagar por los servicios cubiertos, expresados como copagos y/o coseguro.

Cubrir, cubierto o servicios cubiertos: Los servicios médicamente necesarios que nosotros pagamos, organizamos o autorizamos para usted en virtud de los términos y condiciones de este Contrato.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, “DME”): El equipo médico duradero es un equipo:

- diseñado y concebido para el uso repetido;
- utilizado principal y habitualmente para cumplir un fin médico;
- generalmente no útil para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión; y
- adecuado para su uso en el hogar.

Afección de emergencia: Una afección médica o conductual que se manifiesta mediante síntomas agudos con la suficiente gravedad (incluido el dolor severo) como para que una persona prudente, con conocimientos normales de salud y medicina, pudiera esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría dar lugar a:

- poner en grave peligro la salud de la persona afectada con dicha afección o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su bebé nonato, o en el caso de una afección conductual, poner en grave peligro la salud de la persona u otras personas;
- grave deterioro de las funciones corporales de dicha persona;
- la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de dicha persona; o
- Desfiguración grave de dicha persona.

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

Servicios de Emergencia: Un examen de detección médica que se encuentra dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un hospital, incluidos los servicios auxiliares disponibles de forma rutinaria para el departamento de emergencias para evaluar dicha afección de emergencia; y dentro de las capacidades del personal y los centros disponibles en el hospital, el examen médico adicional y el tratamiento que sean necesarios para estabilizar al paciente. “Estabilizar” es proporcionar el tratamiento médico de una afección de emergencia que pueda ser necesario para garantizar que, dentro de una probabilidad médica razonable, no sea probable que se produzca un deterioro material de la afección durante el traslado de la paciente desde un centro, o para dar a luz a un recién nacido (incluida la placenta).

Exclusiones: Servicios de atención médica que no pagamos ni cubrimos.

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

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

Centro: Un hospital; centro quirúrgico para pacientes ambulatorios; centro de parto; centro de diálisis; centro de rehabilitación; centro de enfermería especializada; hospicio; agencia de atención domiciliaria o agencia de servicios de atención domiciliaria certificada o con licencia en virtud del Artículo 36 de la Ley de Salud Pública de Nueva York; un centro nacional de cáncer designado por el instituto autorizado por el departamento de salud dentro de nuestra área de servicio; un centro de atención integral para trastornos alimentarios de conformidad con el Artículo 30 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York; y una instalación definida en la sección 1.03 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York, certificada por la Oficina de Servicios y Soportes para Adicciones del Estado de Nueva York, o certificada en virtud del Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de Nueva York (o, en otros estados, una Instalación con licencia o certificación similares). Si recibe tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias fuera del estado de Nueva York, una Instalación también incluye una que está acreditada por la Comisión Conjunta para proporcionar un programa de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.

Nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL): Medida del nivel de ingresos emitida anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Los niveles de pobreza federal se utilizan para determinar su elegibilidad para determinados programas y beneficios, incluido el Plan Essential, y se actualizan anualmente.

Queja formal: Una queja que nos comunique y que no implique una determinación de revisión de utilización.

Servicios de habilitación: Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y el funcionamiento para la vida diaria. Los servicios habilitativos incluyen la gestión 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 constan de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

Profesional de atención médica: Un médico licenciado, registrado o certificado adecuadamente; dentista; optometrista; quiropráctico; psicólogo; trabajador social; podólogo; fisioterapeuta; terapeuta ocupacional; comadrona; patólogo del habla y del lenguaje; audiólogo; farmacéutico; analista de comportamiento; enfermero practicante; o cualquier otro profesional de atención médica licenciado, registrado o certificado en virtud del Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York (u otra ley estatal comparable, si corresponde) que la Ley de Seguros de Nueva York exige que se reconozca quién cobra y factura a los pacientes por los servicios cubiertos. Los servicios del profesional de atención médica deben prestarse dentro del alcance legal del ejercicio para ese tipo de proveedor con el fin de estar cubiertos en virtud de este Contrato.

Agencia de atención médica domiciliaria: Una organización actualmente certificada o con licencia por el estado de Nueva York o el estado en el que opera y presta servicios de atención médica a domicilio.

Atención para enfermos terminales: Atención para proporcionar comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias que sean proporcionadas por una organización de cuidados paliativos certificada de conformidad con el Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de Nueva York o bajo un proceso de certificación similar requerido por el estado en el que se encuentra la organización de cuidados paliativos.

Hospital: Un hospital de atención general, aguda y a corto plazo, que:

- se ocupa principalmente de proporcionar, por medio o bajo la supervisión continua de médicos, a los pacientes, servicios de diagnóstico y servicios terapéuticos para el diagnóstico, el tratamiento y la atención de personas lesionadas o enfermas;
- tiene departamentos de medicina y cirugía importante organizados;
- tiene el requisito de que cada paciente debe estar bajo la atención de un médico o dentista;
- brinda servicio de enfermería las 24 horas del día por medio o bajo la supervisión de un enfermero registrado (registered nurse, RN) profesional;
- si se encuentra en el Estado de Nueva York, cuenta con un plan de revisión de hospitalización en vigor que se aplica a todos los pacientes que cumple al menos con las normas dispuestas en el Título 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.), Sección 1395x(k);
- cuenta con la debida licencia de la agencia responsable de la licencia de dichos hospitales; y
- no es, aparte de incidentalmente, un lugar de descanso, un lugar principalmente para el tratamiento de la tuberculosis, un lugar para personas mayores, un lugar para adictos a las drogas, alcohólicos o un lugar para la atención de convalecencia, custodia, educación o rehabilitación.

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

Hospitalización: Atención en un hospital que requiere admisión como paciente hospitalizado y generalmente requiere una estadía nocturna.

Atención Hospitalaria de Pacientes Ambulatorios: Atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía nocturna.

Inmigrante legalmente presente: El término “presente legalmente” incluye a inmigrantes que tienen:

- Estado de inmigración de “no ciudadano calificado” sin período de espera
- Situaciones o circunstancias humanitarias (incluido el estado protegido temporal, el estado juvenil especial, solicitantes de asilo, Convención contra la Tortura, víctimas del tráfico)
- Visas de no inmigración válidas
- Estado legal conferido por otras leyes (estado de residente temporal, Ley LIFE, personas de la Unidad familiar). Para ver una lista completa de estados de inmigración elegibles, visite el sitio web en <http://www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status/> o llame a NY State of Health al 1-855-355-5777.

Medicamento Necesario: Consulte la sección Cómo funciona su cobertura de este Contrato para ver la definición.

Medicare: Título XVIII de la Ley de Seguridad Social, con sus enmiendas.

Red: Los Proveedores con los que hemos celebrado contratos para proporcionarle servicios de atención médica.

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

Departamento de Salud del estado de Nueva York (New York State of Health, “NYSOH”): El New York State of Health, el Mercado Oficial de Planes de Salud. El NYSOH es un mercado de seguros de salud donde las personas, las familias y las pequeñas empresas pueden conocer sus opciones de seguros de salud, comparar planes basados en costos, beneficios y otras características importantes, elegir un plan e inscribirse en la cobertura. El NYSOH también proporciona información sobre programas que ayudan a las personas con ingresos bajos a moderados y recursos a pagar la cobertura, incluidos Medicaid, Child Health Plus, créditos impositivos de prima y reducciones de costos compartidos.

Proveedor No Participante: Un proveedor que no tiene un contrato con nosotros para proporcionarle servicios de atención médica. Los servicios de los proveedores no participantes están cubiertos únicamente para los servicios de emergencia o cuando nosotros lo autorizamos.

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

Proveedor Participante: Un proveedor que tiene un contrato con nosotros para proporcionarle servicios de atención médica. Puede encontrar una lista de los proveedores participantes y sus ubicaciones en nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan o a solicitud de usted. Nosotros revisaremos la lista de vez en cuando.

Médico o servicios médicos: Servicios de atención de la salud que un médico autorizado (M.D. [Médico] o D.O. [Médico en Medicina Osteopática]) proporcione o coordine.

Año del Plan: El periodo de 12 meses que comienza en la fecha de entrada en vigencia del Contrato o cualquier fecha de aniversario posterior, durante el cual el Contrato está en vigencia.

Autorización Previa: Una decisión por nuestra parte antes de que usted reciba un servicio, procedimiento, plan de tratamiento, dispositivo o medicamento recetado cubiertos de que el servicio, procedimiento, plan de tratamiento, dispositivo o medicamento recetado cubierto son médicamente necesarios. Indicamos qué servicios cubiertos requieren autorización previa en la sección Programa de beneficios de este Contrato.

Prima: El monto que debe pagarse por su cobertura de seguro médico.

Medicamentos recetados: Un medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, “FDA”) y que, en virtud de las leyes federales o estatales, puede dispensarse solo de conformidad con una orden de receta o resurtido y está en nuestro formulario. Un medicamento recetado incluye un medicamento que, debido a sus características, es adecuado para la autoadministración o la administración por parte de un cuidador no calificado.

Médico de cabecera (Primary Care Physician, “PCP”): Un médico participante que normalmente es un médico de medicina interna o médico de ejercicio familiar y que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para usted.

Proveedor: Un médico, profesional de atención médica o centro con licencia, registrado, certificado o acreditado según lo exija la ley estatal. Un proveedor también incluye a un proveedor o distribuidor de equipos y suministros para diabéticos, equipos médicos duraderos, suministros médicos o cualquier otro equipo o suministros que estén cubiertos en virtud de este Contrato que esté licenciado, registrado, certificado o acreditado según lo requiera la ley estatal.

Referido: Una autorización otorgada a un proveedor participante de otro proveedor participante (generalmente de un PCP a un especialista participante) con el fin de organizar una atención adicional para el suscriptor. Su proveedor puede transmitir una derivación en forma electrónica o completar un formulario de derivación en papel. Excepto según lo dispuesto en la sección Acceso a la atención y atención transitoria de este Contrato o según lo autoricemos de otro modo, no se hará una derivación a un proveedor no participante. No se requiere una derivación, pero es necesaria para que usted pague el costo compartido más bajo por determinados servicios enumerados en la sección Programa de beneficios de este Contrato.

Servicios de rehabilitación: Servicios de atención de la salud que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que una persona estaba enferma, herida o discapacitada. Estos servicios consisten en fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla en un entorno hospitalario y/o ambulatorio.

Programa de beneficios: La sección de este Contrato que describe los copagos, el coseguro, límites de gastos a su cargo, requisitos de autorización previa, requisitos de derivación y otros límites en los servicios cubiertos.

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

Centro de enfermería especializada: Una institución o una parte distinta de una institución: que actualmente cuenta con licencia o aprobación conforme a la legislación estatal o local; principalmente involucrada en la prestación de atención de enfermería especializada y servicios relacionados como centro de enfermería especializado, centro de atención prolongada, o centro de atención de enfermería aprobado por la Comisión Conjunta, o la Oficina de Hospitales de la Asociación Americana de Osteopatía, o como centro de enfermería especializada en Medicare; o según lo determinemos de otro modo para cumplir con los estándares de cualquiera de estas autoridades.

Especialista: Un médico se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Suscriptor: La persona a la que se emite este Contrato. Siempre que se requiera que un Suscriptor proporcione una notificación de conformidad con una queja o visita o admisión al Departamento de Emergencias, "Suscriptor" también significa la persona designada por el Suscriptor.

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

Usual, habitual y razonable (Usual, Customary and Reasonable, UCR): El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica en función de lo que los Proveedores del área suelen cobrar por el mismo servicio médico o servicio médico similar.

Atención de urgencia: Atención médica para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en el departamento de emergencias. La atención de urgencia puede prestarse en el consultorio de un médico participante o en un centro de atención de urgencia.

Centro de atención de urgencia: Un centro autorizado (que no sea un hospital) que proporciona atención de urgencia.

Nosotros, nos y nuestro: UnitedHealthcare Community Plan y cualquier persona a quien deleguemos legalmente el desempeño, en nuestro nombre, en virtud de este Contrato.

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

Usted, su: El suscriptor.

Sección II

Cómo funciona su cobertura

A. Su cobertura en virtud de este Contrato

Se le ha inscrito en un Plan Essential. Le proporcionaremos los beneficios descritos en este Contrato. Debe conservar este Contrato con sus otros documentos importantes para que esté disponible para su futura referencia.

B. Servicios cubiertos

Usted recibirá los servicios cubiertos en virtud de los términos y condiciones de este Contrato solo cuando el servicio cubierto:

- sea médicamente necesario;
- sea proporcionado por un proveedor participante;
- sea enumerado como un servicio cubierto;
- no exceda las limitaciones de beneficios descritas en la sección Programa de beneficios de este Contrato; y
- sea recibido mientras su Contrato esté en vigor.

Cuando usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio, la cobertura se limita a los servicios de emergencia, servicios médicos de emergencia prehospitales y servicios de ambulancia para tratar su afección de emergencia y atención de urgencia.

C. Proveedores participantes

Para averiguar si un proveedor es un proveedor participante:

- consulte nuestro directorio de proveedores, disponible a petición suya;
- Llame al **1-866-265-1893**, TTY **711**; o
- Visite nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**.

El directorio de proveedores le proporcionará la siguiente información sobre nuestros proveedores participantes:

- su nombre, dirección y número de teléfono;
- Especialidad
- Certificación de la junta médica (si corresponde)
- Idiomas disponibles
- Si el proveedor participante acepta nuevos pacientes

Usted solo es responsable de cualquier costo compartido que se aplicaría a los servicios cubiertos si recibe servicios cubiertos de un proveedor que no sea un proveedor participante en las siguientes situaciones:

- El proveedor figura como proveedor participante en nuestro directorio de proveedores en línea;
- Nuestro directorio de proveedores en papel en el que figura el proveedor como proveedor participante es incorrecto en la fecha de publicación;
- Lo notificamos por escrito que el proveedor es un proveedor participante en respuesta a su solicitud telefónica de información sobre el estado de la red sobre el proveedor; o
- no le proporcionamos una notificación por escrito en el transcurso de un (1) día laborable a partir de su solicitud telefónica de información sobre el estado de la red.

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

D. El papel de los médicos de cabecera

Este Contrato requiere que usted seleccione un PCP. Aunque se le recomienda que reciba atención de su PCP, no necesita una derivación por escrito de un PCP antes de recibir atención especializada de un proveedor participante. Puede seleccionar a cualquier PCP participante que esté disponible en la lista de PCP de la Red de UnitedHealthcare Community Plan Essential Plan. En determinadas circunstancias, usted puede designar a un especialista como su PCP. Consulte la sección Acceso a la atención y atención transitoria de este Contrato para obtener más información sobre la designación de un especialista. Para seleccionar un PCP, visite nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**. Si no selecciona un PCP, se le asignará uno.

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

A los fines del costo compartido, si usted busca servicios de un PCP (o un médico que cubra a un PCP) que tenga una especialidad primaria o secundaria que no sea el ejercicio general, el ejercicio familiar, la medicina interna, la pediatría y el obstetra/ginecólogo, usted debe pagar el costo compartido en la visita a la consultorio especializado en la sección Programa de beneficios de este Contrato cuando los servicios prestados estén relacionados con la atención especializada.

E. Acceso a proveedores y cambio de proveedores

A veces, los proveedores en nuestro directorio de proveedores no están disponibles. Antes de notificarnos el PCP que seleccionó, debe llamar al proveedor para asegurarse de que acepta nuevos pacientes.

Para ver a un proveedor, llame a su consultorio y dígame que usted es miembro de UnitedHealthcare Community Plan, y explique el motivo de su visita. Tenga a mano su tarjeta de identificación. El consultorio del proveedor puede pedirle su número de identificación de miembro. Cuando vaya al consultorio del proveedor, traiga su tarjeta de identificación.

Para comunicarse con su proveedor después del horario de atención normal, llame al consultorio del proveedor. Se le dirigirá a su proveedor, un contestador automático con instrucciones sobre cómo obtener servicios u otro proveedor. Si tiene una afección de emergencia, busque atención inmediata en el servicio de emergencias del hospital más cercano o llame al **911**.

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

Si no tenemos un proveedor participante para ciertos tipos de proveedores en el condado en el que usted vive o en un condado fronterizo que se encuentre dentro de los estándares de tiempo y distancia aprobados, aprobaremos una autorización a un proveedor no participante específico hasta que usted ya no necesite la atención o tengamos un proveedor participante en nuestra red que cumpla con los estándares de tiempo y distancia y su atención haya sido transferida a ese proveedor participante. Su PCP debe llamar al departamento de Autorización previa de UnitedHealthcare al 1-866-604-3267 a fin de obtener autorización para que usted vaya a un especialista que no forme parte de la red de UnitedHealthcare. El especialista debe estar de acuerdo en trabajar con UnitedHealthcare y aceptar nuestros pagos como un pago total. Este permiso se llama "autorización previa". Su PCP le explicará todo esto cuando le envíe a un especialista que no pertenezca a la red de UnitedHealthcare. Consulte la sección "Autorización de servicios" para obtener más información sobre qué documentación debe incluir su solicitud para ver a un proveedor que no esté en la red de UnitedHealthcare. Si UnitedHealthcare Community Plan aprueba el uso de un proveedor que no está en la red de UnitedHealthcare, usted no es responsable de ninguno de los costos, excepto los copagos descritos en este manual. Los servicios cubiertos prestados por el proveedor no participante se pagarán como si fueran proporcionados por un proveedor participante. Usted será responsable únicamente de cualquier costo compartido dentro de la red aplicable.

F. Servicios fuera de la red

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

G. Servicios sujetos a autorización previa

No se requiere nuestra autorización previa antes de que reciba determinados servicios cubiertos. Su PCP o proveedor participante es responsable de solicitar la preautorización para los servicios dentro de la red enumerados en la sección Programa de beneficios de este Contrato.

H. Procedimiento de autorización previa

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

Su Proveedor debe ponerse en contacto con nosotros para solicitar la autorización previa de la siguiente manera:

- Al menos dos (2) semanas antes de una admisión o cirugía planificada cuando su proveedor le recomiende la hospitalización. Si eso no es posible, lo antes posible durante el horario de atención habitual antes de la admisión.
- Al menos dos (2) semanas antes de la cirugía ambulatoria o cualquier procedimiento de atención ambulatoria cuando su proveedor le recomiende que la cirugía o el procedimiento se realice en una unidad quirúrgica ambulatoria de un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. Si eso no es posible, lo antes posible durante el horario de atención habitual antes de la cirugía o el procedimiento.
- Dentro de los primeros tres (3) meses de embarazo, o tan pronto como sea razonablemente posible y nuevamente dentro de las 48 horas posteriores a la fecha real del parto si se espera que su estadía en el hospital se extienda más de 48 horas para un parto vaginal o 96 horas para un nacimiento por cesárea
- Antes de que se presten servicios de ambulancia aérea para una afección que no sea de emergencia

Debe ponerse en contacto con nosotros para notificar lo siguiente:

- Tan pronto como sea razonablemente posible cuando se presten servicios de ambulancia aérea por una afección de emergencia
- Si es hospitalizado en caso de una afección de emergencia, debe llamarnos en un plazo de 48 horas después de su admisión o tan pronto como sea razonablemente posible.

I. Incumplimiento de la solicitud de autorización previa

Si usted no solicita nuestra autorización previa para los beneficios sujetos a esta sección, pagaremos un monto de \$500 menos de lo que de otro modo habríamos pagado por la atención, o pagaremos solo el 50% del monto que de otro modo habríamos pagado por la atención, lo que resulte en un beneficio mayor para usted. Debe pagar el costo restante de los servicios. Pagaremos el monto especificado arriba únicamente si determinamos que la atención fue médicamente necesaria, aunque usted no haya solicitado nuestra autorización previa. Si determinamos que los servicios no eran médicamente necesarios, usted será responsable de pagar la totalidad del cargo por el servicio.

J. Gestión médica

Los beneficios disponibles para usted en virtud de este Contrato están sujetos a revisiones previas al servicio, concurrentes y retrospectivas para determinar cuándo debemos cubrir los servicios. El propósito de estas revisiones es promover la prestación de atención médica rentable mediante la revisión del uso de procedimientos y, cuando corresponda, el entorno o lugar donde se realizan los servicios. Los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios para que se proporcionen los beneficios.

K. Necesidad médica

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

Podemos basar nuestra decisión en una revisión de:

- Sus registros médicos
- Nuestras políticas médicas y guías clínicas
- Opiniones médicas de una sociedad profesional, comité de revisión por pares u otros grupos de médicos
- Informes en literatura médica revisada por pares
- Informes y guías publicados por organizaciones de atención médica reconocidas a nivel nacional que incluyen datos científicos de apoyo
- Normas profesionales de seguridad y eficacia, que generalmente se reconocen en los Estados Unidos por su diagnóstico, atención o tratamiento
- La opinión de los profesionales de atención médica en la especialidad sanitaria generalmente reconocida implicada
- La opinión de los proveedores asistentes, que tienen credibilidad pero no prevalecen sobre las opiniones contrarias

Los servicios se considerarán médicamente necesarios solo si:

- Son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, extensión, centro y duración, y se consideran eficaces para su enfermedad, lesión o enfermedad
- Son necesarios para la atención directa y el tratamiento o control de esa afección
- Su afección se vería afectada negativamente si no se prestaran los servicios
- Se proporcionan de acuerdo con los estándares generalmente aceptados del ejercicio médico
- No son principalmente para su comodidad, la de su familia o la de su proveedor
- No son más costosos que un servicio o una secuencia de servicios alternativos, que es al menos tan probable que produzcan resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes

-
- Cuando la configuración o el lugar de servicio forman parte de la revisión, los servicios que se le pueden proporcionar de forma segura en un entorno de menor costo no serán médicamente necesarios si se realizan en un entorno de mayor costo. Por ejemplo, no proporcionaremos cobertura para un ingreso hospitalario para cirugía si la cirugía podría haberse realizado de forma ambulatoria o una infusión o inyección de un fármaco especializado proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital si el fármaco podría proporcionarse en la consulta de un médico o en el domicilio

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

L. Protección contra facturas sorpresa

1. Facturas sorpresa. Una factura sorpresa es una factura que usted recibe por los servicios cubiertos en las siguientes circunstancias:

- Para servicios prestados por un proveedor no participante en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio participante, cuando:
 - Un proveedor participante no está disponible en el momento en que se prestan los servicios de atención médica;
 - Un proveedor no participante presta servicios sin su conocimiento; o
 - Los problemas o servicios médicos imprevistos surgen en el momento en que se realizan los servicios de atención médica.

Una factura sorpresa no incluye una factura por servicios de atención médica cuando un médico participante está disponible y usted eligió recibir servicios de un médico no participante.

- Un médico participante lo derivó a un proveedor no participante sin su consentimiento explícito por escrito, reconociendo que la derivación es a un proveedor no participante y que puede dar lugar a costos no cubiertos por nosotros. Para una factura sorpresa, una derivación a un proveedor no participante significa:
 - los servicios cubiertos son prestados por un proveedor no participante en el consultorio del médico participante durante la misma visita;
 - el médico participante envía una muestra tomada de usted en la consulta del médico participante a un laboratorio o patólogo no participante; o
 - Para cualquier otro servicio cubierto prestado por un proveedor no participante a petición del médico participante, cuando se requieran derivaciones en virtud de su Contrato.

Se le eximirá de responsabilidad por cualquier cargo del proveedor no participante por la factura sorpresa que exceda su costo compartido dentro de la red. El proveedor no participante solo puede facturarle por su costo compartido. Puede firmar un formulario para notificarnos a nosotros y al proveedor no participante que recibió una factura sorpresa.

El Formulario de certificación de factura sorpresa está disponible en www.dfs.ny.gov o puede visitar nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan para obtener una copia del formulario. Debe enviarnos una copia del formulario por correo postal a la dirección que figura en su tarjeta de identificación y a su proveedor.

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

2. **Proceso independiente de resolución de controversias.** Nosotros o un proveedor podemos presentar una controversia que implique una factura sorpresa a una entidad independiente de resolución de controversias (independent dispute resolution entity, "IDRE") asignada por el estado. La IDRE determinará si nuestro pago o el cargo del proveedor es razonable dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la controversia.

M. Prestación de servicios cubiertos mediante la telesalud

Si su proveedor participante ofrece servicios cubiertos mediante la telesalud, no denegaremos los servicios cubiertos porque se entreguen mediante la telesalud. Los servicios cubiertos prestados mediante la telesalud pueden estar sujetos a requisitos de revisión de utilización y garantía de calidad y otros términos y condiciones del Contrato que sean al menos tan favorables como los requisitos para el mismo servicio cuando no se entreguen mediante la telesalud. "Telesalud" significa el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor participante para prestarle servicios cubiertos mientras su ubicación es diferente de la ubicación de su proveedor.

N. Gestión de casos

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

Nuestros programas de gestión de casos son confidenciales y voluntarios. Estos programas se ofrecen sin costo adicional para usted y no cambian los servicios cubiertos. **Si cumple con los criterios del programa y acepta participar, le ayudaremos a satisfacer sus necesidades de atención médica identificadas.** Esto se logra a través del contacto y el trabajo en equipo con usted y/o su representante autorizado, el/los médico(s) encargado(s) del tratamiento y otros proveedores. Además, podemos ayudar a coordinar la atención con los programas y servicios comunitarios existentes para satisfacer sus necesidades, lo que puede incluir proporcionarle información sobre agencias externas y programas y servicios comunitarios.

En ciertos casos de enfermedad o lesión grave o crónica, podemos proporcionar beneficios para atención alternativa a través de nuestro programa de gestión de casos que no figura como servicio cubierto. También podemos extender los servicios cubiertos más allá de los máximos de beneficios de este Contrato. Tomaremos nuestra decisión según cada caso si determinamos que el beneficio alternativo o extendido es lo mejor para usted y para nosotros.

Nada de lo contenido en esta disposición le impedirá apelar nuestra decisión. La decisión de proporcionar beneficios extendidos o aprobar atención alternativa en un caso no nos obliga a proporcionarle los mismos beneficios nuevamente a usted o a cualquier otro miembro. Nos reservamos el derecho, en cualquier momento, de alterar o dejar de proporcionar beneficios extendidos o de aprobar atención alternativa. En tal caso, se lo notificaremos a usted o a su representante por escrito.

O. Direcciones y números de teléfono importantes

- **RECLAMACIONES:**

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

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

- **QUEJAS, RECLAMOS Y APELACIONES DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN:**

Llame a Servicios para Miembros al **1-866-265-1893**.

Escriba a:

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

- **FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE FACTURAS SORPRESA:**

Consulte la dirección que figura en su tarjeta de identificación.
(Envíe formularios de certificación de facturas sorpresa a esta dirección).

- **EMERGENCIAS MÉDICAS Y ATENCIÓN URGENTE:**

1-866-265-1893

de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes

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

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

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

- **SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL: 1-866-265-1893, TTY 711**

- **NUESTRO SITIO WEB: myuhc.com/CommunityPlan**

Sección III

Acceso a la atención y atención transitoria

A. Autorización a un proveedor no participante

Si determinamos que no tenemos un proveedor participante que tenga la capacitación y experiencia adecuadas para tratar su afección, aprobaremos una autorización a un proveedor no participante adecuado. Su proveedor participante debe solicitar la aprobación previa de la autorización a un proveedor no participante específico. Las aprobaciones de autorizaciones a proveedores no participantes no se realizarán para su comodidad ni la de otro proveedor responsable del tratamiento y no necesariamente serán para el proveedor no participante específico que usted solicitó. Si aprobamos la autorización, todos los servicios prestados por el proveedor no participante están sujetos a un plan de tratamiento aprobado por nosotros en consulta con su PCP, el proveedor no participante y usted. Los servicios cubiertos prestados por el proveedor no participante se cubrirán como si fueran proporcionados por un proveedor participante. Usted será responsable únicamente de cualquier costo compartido dentro de la red aplicable. En caso de que no se apruebe una autorización, no se cubrirá ningún servicio prestado por un proveedor no participante.

B. Cuando un especialista puede ser su médico de cabecera

Si tiene una afección o enfermedad potencialmente mortal o una afección o enfermedad degenerativa e incapacitante que requiera atención especializada durante un largo período de tiempo, puede solicitar que un especialista que sea un proveedor participante sea su PCP. Si desea que su especialista actúe como su PCP, debe comentarlo con su especialista y preguntarle al médico si está dispuesto a actuar como su PCP. Esto significa que su especialista será responsable de gestionar sus necesidades generales de salud, coordinar las derivaciones para las pruebas analíticas, radiografías y otras visitas a especialistas. Si su especialista está de acuerdo, pídale que envíe una carta por escrito confirmando que desea actuar como su PCP y el motivo para: Member Services Director, UnitedHealthcare Community Plan, One Penn Plaza, 8th Floor, New York, NY 10119. Revisaremos su solicitud y le informaremos cuando hayamos hecho vigente el cambio. Cualquier autorización será conforme a un plan de tratamiento aprobado por nosotros en consulta con su PCP, el especialista y usted. No aprobaremos a un especialista no participante a menos que determinemos que no tenemos un proveedor apropiado en nuestra red. Si aprobamos a un especialista no participante, los servicios cubiertos prestados por el especialista no participante de conformidad con el plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran proporcionados por un proveedor participante. Usted solo será responsable de cualquier costo compartido dentro de la red aplicable.

C. Autorización permanente a un especialista participante

Si necesita atención especializada 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. Consultaremos al especialista y a su PCP y decidiremos si usted debe tener una autorización permanente. Cualquier autorización será conforme a un plan de tratamiento aprobado por nosotros en consulta con su PCP, el especialista y usted. El plan de tratamiento puede limitar el número de visitas o el periodo durante el cual se autorizan las visitas y puede requerir que el especialista proporcione a su PCP actualizaciones periódicas sobre la atención especializada proporcionada, así como toda la información médica necesaria. No aprobaremos una autorización permanente a un especialista no participante a menos que determinemos que no tenemos un proveedor adecuado en nuestra red. Si aprobamos una autorización permanente a un especialista no participante, los servicios cubiertos prestados por el especialista no participante de conformidad con el plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran proporcionados por un proveedor participante. Usted será responsable únicamente de cualquier costo compartido dentro de la red aplicable.

D. Centro de atención especializada

Si tiene una afección o enfermedad potencialmente mortal o una afección o enfermedad degenerativa e incapacitante que requiera atención especializada durante un largo periodo de tiempo, puede solicitar una autorización a un centro de atención especializada con experiencia en el tratamiento de su afección o enfermedad. Un centro de atención especializada es un centro que cuenta con una acreditación o designación de una agencia estatal, el gobierno federal o una organización nacional de salud que tiene experiencia especial para tratar su enfermedad o afección. Consultaremos con su PCP, su especialista y el centro de atención especializada para decidir si aprobar o no dicha autorización. Cualquier autorización será conforme a un plan de tratamiento desarrollado por el centro de atención especializada y aprobado por nosotros en consulta con su PCP o especialista y usted. No aprobaremos una autorización para un centro de atención especializada no participante a menos que determinemos que no tenemos un centro de atención especializada adecuado en nuestra red. Si aprobamos una autorización para un centro de atención especializada no participante, los servicios cubiertos prestados por el centro de atención especializada no participante de conformidad con el plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran proporcionados por un centro de atención especializada participante. Usted será responsable únicamente de cualquier costo compartido dentro de la red aplicable.

E. Cuando su proveedor abandona la red

Si usted se encuentra en un ciclo continuo de tratamiento cuando su proveedor abandona nuestra red, podrá continuar recibiendo servicios cubiertos para el tratamiento continuo del anterior proveedor participante durante un máximo de 90 días a partir de la fecha en que finalice la obligación contractual de su proveedor de prestarle servicios. Si está embarazada, puede continuar con su atención con el antiguo proveedor participante hasta el parto y la atención posparto relacionada directamente con el parto.

El proveedor debe aceptar como pago la tarifa negociada que estaba en vigencia justo antes de la finalización de nuestra relación con el proveedor. El proveedor también debe proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con su atención y cumplir con nuestras políticas y procedimientos, incluidos aquellos para garantizar la calidad de la atención, obtener la autorización previa, autorizaciones y un plan de tratamiento aprobado por nosotros. Usted recibirá los servicios cubiertos como si estuvieran siendo proporcionados por un proveedor participante. Usted será responsable únicamente de cualquier costo compartido dentro de la red aplicable. Tenga en cuenta que si el proveedor fue rescindido por nosotros debido a fraude, daño inminente a los pacientes o acción disciplinaria final por parte de una junta estatal o agencia que afecta a la capacidad del proveedor para ejercer, no se dispone de tratamiento continuo con ese proveedor.

F. Nuevos miembros en un ciclo de tratamiento

Si usted se encuentra en un ciclo continuo de tratamiento con un proveedor no participante cuando su cobertura en virtud de este Contrato entre en vigencia, usted podrá recibir servicios cubiertos para el tratamiento continuo del proveedor no participante durante un máximo de 60 días a partir de la fecha de vigencia de su cobertura en virtud de este Contrato. El ciclo de tratamiento debe ser para una enfermedad o afección que pone en peligro la vida o que sea una enfermedad o condición degenerativa o que cause incapacidad. También puede continuar la atención con un proveedor no participante si se encuentra en el segundo o tercer trimestre de un embarazo cuando su cobertura en virtud de este Contrato entre en vigencia. Puede seguir con su atención hasta el parto y los servicios de posparto directamente relacionados con el parto.

Para que usted continúe recibiendo los 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 cumplir con nuestras políticas y procedimientos, incluidos aquellos para garantizar la calidad de la atención, obtener la autorización previa, las derivaciones y un plan de tratamiento aprobado por nosotros. Si el proveedor acepta estas condiciones, usted recibirá los servicios cubiertos como si estuvieran siendo proporcionados por un proveedor participante. Usted será responsable únicamente de cualquier costo compartido dentro de la red aplicable.

Sección IV

Gastos de costo compartido y monto permitido

A. Copagos

Excepto cuando se indique lo contrario, usted debe pagar los copagos, o montos fijos, en la sección Programa de beneficios de este Contrato para servicios cubiertos. Sin embargo, cuando el monto permitido para un servicio es menor que el copago, usted es responsable del monto menor.

B. Coseguro

Salvo que se indique lo contrario, usted debe pagar un porcentaje del monto permitido por los servicios cubiertos. Pagaremos el porcentaje restante del monto permitido según se indica en la sección Programa de beneficios de este Contrato.

C. Límite de gastos de bolsillo

Cuando usted haya alcanzado su límite de desembolso en el pago de costo compartido para un año del plan en la sección Programa de beneficios de este Contrato, proporcionaremos cobertura por el 100% del monto permitido para servicios cubiertos durante el resto de ese año del Plan.

Los costos compartidos para servicios fuera de la red, excepto los servicios de emergencia y los servicios fuera de la red aprobados por nosotros como excepción dentro de la red y la diálisis fuera de la red no se aplican al límite de gastos de bolsillo dentro de la red. La penalidad por notificación de autorización previa descrita en la sección Cómo funciona su cobertura de este Contrato no se aplica al Límite de gastos de bolsillo. El límite de gastos de bolsillo existe en función del año del Plan.

D. Cantidad permitida

“Monto permitido” significa el monto máximo que pagaremos por los servicios o suministros cubiertos en virtud de este Contrato, antes de que se resten los montos de copago o coseguro aplicables. Determinamos nuestro monto permitido de la siguiente manera:

Nuestros pagos a proveedores participantes pueden incluir incentivos financieros para ayudar a mejorar la calidad de la atención y promover la prestación de servicios cubiertos de manera rentable. Los pagos en virtud de este programa de incentivos financieros no se realizan como pago por un servicio cubierto específico que se le proporcione a usted. Su costo compartido no cambiará en función de los pagos realizados o recibidos de los proveedores participantes como parte del programa de incentivos financieros.

1. Productos farmacéuticos administrados por el médico

Para los productos farmacéuticos administrados por médicos, utilizamos metodologías de brechas que son similares a la metodología de precios utilizada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y producimos tarifas basadas en los costos de adquisición publicados o el precio medio al por mayor de los productos farmacéuticos. Estas metodologías las crean actualmente RJ Health Systems, Thomson Reuters (publicado en su Libro Rojo) o nosotros en función de un recurso de precios farmacéuticos desarrollado internamente si las otras metodologías no tienen datos de precios disponibles para un fármaco administrado por el médico o circunstancias especiales que respalden un ajuste al alza de la otra metodología de precios.

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

Sección V

¿Quién está cubierto?

A. Quién está cubierto en virtud de este contrato

Usted, el suscriptor al que se emite este Contrato, está cubierto por este Contrato. Debe vivir o residir en nuestra área de servicio para estar cubierto en virtud del presente contrato. Debe tener un ingreso familiar del 138% o menos y ser un Inmigrante legalmente presente que no sea elegible para Medicaid. Si está inscrito en Medicare o Medicaid, o tiene un seguro médico patrocinado por un empleador asequible, es menor de 21 años, mayor de 64 años, o está embarazada, no es elegible para comprar este Contrato.

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

B. Tipos de cobertura

El único tipo de cobertura ofrecido en virtud del Plan Essential es la cobertura individual, lo que significa que solo usted está cubierto. Si otros miembros de su familia también están cubiertos por el Plan Essential, recibirán un Contrato por separado y, si corresponde, tendrán una prima por separado.

C. Inscripción

Puede inscribirse en virtud de este Contrato en cualquier momento del año. Si usted es un nuevo solicitante de cobertura a través de NYSOH, su cobertura comenzará el primer día del mes en que se realice su selección de plan. Por ejemplo, si NYSOH recibe su selección del Plan Essential el 18 de febrero, la cobertura en virtud del plan comenzará el 1 de febrero. Todos los servicios que haya recibido entre el 1 y el 18 de febrero estarán cubiertos por nosotros. Si tenía cobertura a través de NYSOH en virtud de un programa o plan diferente y cambia a un Plan Essential, su cobertura comenzará el 1.º día del mes posterior a la selección de su plan. Por ejemplo, si selecciona un Plan Essential el 19 de febrero, su cobertura comenzará el 1 de marzo.

Sección VI

Atención preventiva

Consulte la sección Programa de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de autorización previa o derivación que se aplique a estos beneficios.

Atención preventiva

Cubrimos los siguientes servicios con el fin de promover una buena salud y la detección temprana de enfermedades. Los servicios preventivos no están sujetos a costos compartidos (copagos o coseguro) cuando los realiza un proveedor participante y se proporcionan de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, "HRSA"), o si los artículos o servicios tienen una calificación "A" o "B" del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, "USPSTF"), o si las vacunas son recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, "ACIP"). Sin embargo, el costo compartido puede aplicarse a los servicios proporcionados durante la misma visita que los servicios preventivos. Además, si se proporciona un servicio preventivo durante una visita al consultorio en la que el servicio preventivo no es el propósito principal de la visita, se seguirá aplicando el monto de costo compartido que de otro modo se aplicaría a la visita al consultorio. Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-866-265-1893**, TTY **711**, o visitar nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan** para obtener una copia de las pautas integrales respaldadas por la HRSA, artículos o servicios con una calificación "A" o "B" del USPSTF y las vacunas recomendadas por el ACIP.

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

Los ejemplos de artículos o servicios con una calificación "A" o "B" del USPSTF incluyen, entre otros, exámenes de detección del consumo indebido de alcohol, exámenes de detección de la presión arterial en adultos, exámenes de detección del cáncer colorrectal, exámenes de detección de la depresión, exámenes de detección de la diabetes y exámenes de detección del cáncer de pulmón. Puede encontrar una lista completa de los servicios preventivos cubiertos en nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan** o se le enviará por correo postal a solicitud.

Usted es apto para un examen físico una vez cada año calendario, independientemente de si han pasado o no 365 días desde la visita del examen físico anterior. Los exámenes de detección de la vista no incluyen refracciones.

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

- B. Inmunizaciones para adultos.** Cubrimos las vacunas para adultos según las recomendaciones del ACIP. Este beneficio no está sujeto a copagos o coseguro cuando se proporciona de acuerdo con las recomendaciones del ACIP.
- C. Exámenes de bienestar para la mujer.** Cubrimos exámenes de bienestar para la mujer que consisten en un examen ginecológico de rutina, examen de mama y examen de detección de cáncer de cuello uterino anual, incluidos servicios de laboratorio y diagnóstico en relación con la evaluación de las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino. También cubrimos la atención preventiva y los exámenes de detección según lo dispuesto en las pautas integrales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios con una calificación “A” o “B” del USPSTF. Puede encontrar una lista completa de los servicios preventivos cubiertos en nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan o se le enviará por correo postal a solicitud. Este beneficio no está sujeto a copagos ni coseguro cuando se proporciona de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios con una calificación “A” o “B” del USPSTF, que pueden ser menos frecuentes que lo descrito anteriormente.
- D. Mamografías, exámenes de detección y de diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama.** Cubrimos las mamografías que pueden proporcionarse mediante tomosíntesis de mama (es decir, mamografías en 3D) para el examen de detección del cáncer de mama de la siguiente manera:

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

Si un miembro de cualquier edad tiene antecedentes de cáncer de mama o un familiar de primer grado tiene antecedentes de cáncer de mama, cubrimos las mamografías según lo recomendado por el proveedor del miembro. Sin embargo, en ningún caso se cubrirá más de un (1) examen de detección preventivo por año del Plan.

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

También cubrimos exámenes de detección y servicios de diagnóstico por imágenes adicionales para la detección del cáncer de mama, incluidas las mamografías de diagnóstico, las ecografías de mama y las RM. Los exámenes de detección y servicios de diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama, incluidas las mamografías de diagnóstico, las ecografías de mama y las RM no están sujetos a copagos, deducibles ni coseguro cuando los proporcione un proveedor participante.

- E. Servicios de planificación familiar y salud reproductiva.** Cubrimos los servicios de planificación familiar que consisten en métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) prescritos por un proveedor, que no están cubiertos de otro modo en virtud de la sección Cobertura de medicamentos recetados de este Contrato, educación y asesoramiento del paciente sobre el uso de anticonceptivos y temas relacionados; servicios de seguimiento relacionados con métodos anticonceptivos, incluido el tratamiento de efectos secundarios, asesoramiento para el cumplimiento continuo y la inserción y retirada del dispositivo; y procedimientos de esterilización para mujeres. Dichos servicios no están sujetos a copagos o coseguros cuando sean proporcionados por un proveedor participante.

También cubrimos vasectomías sujetas a copagos o coseguro.

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

F. Mediciones o pruebas de densidad mineral ósea. Cubrimos las mediciones o pruebas de densidad mineral ósea y los medicamentos y dispositivos con receta aprobados por la FDA o equivalentes genéricos como sustitutos aprobados. La cobertura de medicamentos recetados está sujeta a la sección Cobertura de medicamentos recetados de este Contrato. Las mediciones o pruebas de densidad mineral ósea, medicamentos o dispositivos incluirán aquellos cubiertos por el programa federal de Medicare o aquellos de acuerdo con los criterios de los Institutos Nacionales de Salud. Usted calificará para la cobertura si cumple con los criterios del programa federal de Medicare o con los criterios de los Institutos Nacionales de Salud o si cumple con cualquiera de los siguientes requisitos:

- ha sido diagnosticado previamente con osteoporosis o con antecedentes familiares de osteoporosis;
- tiene síntomas o afecciones que indican la presencia o un riesgo significativo de osteoporosis;
- se encuentra en un régimen de medicamentos recetados que representa un riesgo significativo de osteoporosis;
- presente factores del estilo de vida que representan en cierta medida un riesgo significativo de osteoporosis; o
- tiene una edad, un sexo y/u otras características fisiológicas que representan un riesgo significativo de osteoporosis.

También cubrimos los exámenes de detección de osteoporosis según lo dispuesto en las pautas integrales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios con una calificación “A” o “B” del USPSTF.

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

G. Examen de detección del cáncer de próstata. Cubrimos un examen de diagnóstico estándar anual que incluye, entre otros, un examen rectal digital y una prueba de antígenos específicos de próstata para hombres de 50 años o más asintomáticos y para hombres de 40 años o más con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otros factores de riesgo de cáncer de próstata. También cubrimos las pruebas de diagnóstico estándar, incluidas, entre otras, un examen rectal digital y una prueba de antígenos específicos de la próstata, a cualquier edad para los hombres con antecedentes de cáncer de próstata.

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

H. Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (National Diabetes Prevention Program, NDPP). Cubrimos los servicios de prevención de la diabetes proporcionados por programas reconocidos por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) para personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El beneficio cubre 22 sesiones de capacitación grupal a lo largo de 12 meses. Usted puede ser elegible para los servicios de NDPP si tiene una recomendación de un médico u otro profesional autorizado y tiene al menos 18 años de edad, no está embarazada actualmente, tiene sobrepeso y no se le ha diagnosticado previamente diabetes tipo 1 o tipo 2, Y cumple con uno de los siguientes requisitos:

- Ha tenido un resultado de análisis de sangre en el intervalo de prediabetes en el último año, O
- Se le ha diagnosticado previamente diabetes gestacional, U
- Obtiene una calificación de 5 o más en la prueba de riesgo de prediabetes de los CDC/la Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association, ADA).

Sección VII

Servicios médicos de emergencia de ambulancia y prehospitalarios

Consulte la sección Programa de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de autorización previa o derivación que se aplique a estos beneficios. Los servicios médicos de emergencia prehospitalarios y los servicios de ambulancia para el tratamiento de una afección de emergencia no requieren autorización previa.

A. Transporte en ambulancia que no sea de emergencia

1. Servicios médicos de emergencia prehospitalarios

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

“Servicios médicos de emergencia prehospitalarios” se refiere a la evaluación y tratamiento inmediatos de una afección de emergencia y/o el transporte no aéreo a un hospital. Los servicios deben ser prestados por un servicio de ambulancia al que se haya emitido un certificado en virtud de la Ley de Salud Pública de Nueva York. Sin embargo, solo cubriremos el transporte a un hospital proporcionado por dicho servicio de ambulancia cuando una persona prudente, que posea un conocimiento promedio de medicina y salud, pueda esperar razonablemente que la ausencia de dicho transporte resulte en:

- poner en grave peligro la salud de la persona afectada con dicha afección o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su bebé nonato, o en el caso de una afección conductual, poner en grave peligro la salud de la persona u otras personas;
- grave deterioro de las funciones corporales de dicha persona;
- la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de dicha persona; o
- desfiguración grave de dicha persona.

Un servicio de ambulancia debe eximirle de responsabilidad y no puede cobrarle ni solicitarle un reembolso por los servicios médicos de emergencia prehospitalarios, excepto por el cobro de cualquier copago o coseguro aplicable. En ausencia de tarifas negociadas, pagaremos a un proveedor no participante el cargo normal y habitual por servicios médicos de emergencia prehospitalarios, que no serán excesivos ni irrazonables. El cargo normal y habitual por el servicio médico de emergencia prehospitalario es la cantidad menor entre la tarifa FAIR Health en el percentil 80 o los cargos facturados por el proveedor.

2. Transporte en ambulancia que no sea de emergencia

Además de los servicios de emergencia prehospitalarios, también cubrimos el transporte de ambulancia de emergencia en todo el mundo mediante un servicio de ambulancia autorizado (ya sea terrestre, por agua o aérea) al hospital más cercano donde se pueden realizar los servicios de emergencia. Esta cobertura incluye el transporte en ambulancia de emergencia a un hospital cuando el centro de origen no tiene la capacidad de tratar su afección de emergencia.

B. Transporte en ambulancia que no sea de emergencia

Cubrimos el transporte de ambulancia que no sea de emergencia mediante un servicio de ambulancia autorizado (ya sea terrestre o aérea, según corresponda) entre centros cuando el transporte es cualquiera de los siguientes:

- de un hospital no participante a un hospital participante;
- a un hospital que proporciona un nivel más alto de atención que no estaba disponible en el hospital original;
- a un centro de cuidados intensivos más rentable; o
- de un centro de cuidados intensivos a un entorno subagudo.

C. Limitaciones/términos de cobertura

- No cubrimos los gastos de viaje o transporte, a menos que estén relacionados con una afección de emergencia o debido a una transferencia del centro aprobada por nosotros, aunque esté prescrita por un médico.
- No cubrimos el transporte que no sea en ambulancia, como camioneta, furgoneta o taxi.
- La cobertura para ambulancia aérea relacionada con una afección de emergencia o ambulancia aérea relacionada con el transporte que no sea de emergencia se proporciona cuando su afección médica es tal que el transporte por ambulancia terrestre no es apropiado; y su afección médica requiere el transporte de ambulancia inmediato y rápido que no se puede proporcionar por ambulancia terrestre; y se cumple una (1) de las siguientes condiciones:
 - el punto de recogida es inaccesible por vehículo terrestre; o
 - las grandes distancias u otros obstáculos (p. ej., tráfico pesado) impiden su traslado oportuno al hospital más cercano con las instalaciones adecuadas.

Sección VIII

Servicios de emergencia y atención de urgencia

Consulte la sección Programa de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de autorización previa o derivación que se aplique a estos beneficios.

A. Servicios de emergencia

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

Definimos una “afección de emergencia” como sigue: Una afección médica o conductual que se manifiesta mediante síntomas agudos con la suficiente gravedad (incluido el dolor severo) como para que una persona prudente, con conocimientos normales de salud y medicina, pudiera esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría dar lugar a:

- poner en grave peligro la salud de la persona afectada con dicha afección o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su bebé nonato, o en el caso de una afección conductual, poner en grave peligro la salud de la persona u otras personas;
- grave deterioro de las funciones corporales de dicha persona;
- la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de dicha persona; o
- Desfiguración grave de dicha persona.

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

- Dolor intenso en el pecho
- Heridas graves o múltiples
- Falta grave de aire
- Cambio repentino en el estado mental (p. ej., desorientación)
- Hemorragia grave
- Dolor agudo o afecciones que requieren atención inmediata, como sospecha de infarto de miocardio o apendicitis
- Envenenamientos
- Convulsiones

Se proporcionará cobertura de servicios de emergencia para el tratamiento de su afección de emergencia independientemente de si el proveedor es un proveedor participante. También cubriremos los servicios de emergencia para tratar su afección de emergencia en todo el mundo. Sin embargo, cubriremos solo aquellos servicios de emergencia y suministros que sean médicamente necesarios y que se realicen para tratar o estabilizar su afección de emergencia en un hospital.

Siga las instrucciones que se indican a continuación, independientemente de si usted se encuentra o no en nuestra área de servicio en el momento en que se produzca su afección de emergencia:

1. **Visitas al departamento de emergencias del hospital.** En caso de que necesite tratamiento por una afección de emergencia, busque atención inmediata en el departamento de emergencias del hospital más cercano o llame al **911**. La atención 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.** Si no está seguro de si el departamento de emergencias de un hospital es el lugar más adecuado para recibir atención, puede llamarnos al **1-866-265-1893**, TTY **711**, antes de buscar tratamiento.

No cubrimos la atención de seguimiento ni la atención de rutina proporcionada en un departamento de emergencias del hospital. Debe comunicarse con nosotros para asegurarse de recibir la atención de seguimiento adecuada.

2. **Admisiones hospitalarias de emergencia.** En caso de que sea **admitido** al hospital, usted o alguien en su nombre deberá notificarnos al número que figura en este Contrato y al **1-866-265-1893**, TTY **711**, dentro de las 48 horas posteriores a su admisión, o tan pronto como sea razonablemente posible.

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

3. **Pagos relacionados con los servicios de emergencia prestados.** Pagaremos a un proveedor participante el monto que hayamos negociado con el proveedor participante por los servicios de emergencia.

Pagaremos a un proveedor no participante un monto que hayamos determinado que es razonable para el servicio de emergencia. Sin embargo, el monto que nosotros determinemos que es razonable no excederá el cargo del proveedor no participante.

Usted es responsable de cualquier costo compartido dentro de la red. Se le eximirá de responsabilidad por cualquier cargo del proveedor no participante que exceda su costo compartido dentro de la red. El proveedor no participante solo puede facturarle por su costo compartido dentro de la red. Si recibe una factura de un proveedor no participante que sea mayor que su costo compartido dentro de la red, debe comunicarse con nosotros.

B. Atención de urgencia

La atención de urgencia es atención médica para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en el departamento de emergencias. Los centros de atención de urgencia suelen estar disponibles después del horario de atención normal, incluidas las noches y los fines de semana. Si necesita atención después del horario de atención normal, incluidas las noches, los fines de semana o los días feriados, tiene opciones. Puede llamar al consultorio de su proveedor para obtener instrucciones o visitar un centro de atención de urgencia. Si tiene una afección de emergencia, busque atención inmediata en el servicio de emergencias del hospital más cercano o llame al **911**. **La atención de urgencia en un centro de urgencias está cubierta dentro o fuera 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. No es necesario que se comuniquen con nosotros antes o después de su visita.
2. **Fuera de la red.** Cubrimos la atención de urgencia de un centro de atención de urgencia no participante.

Si el servicio de atención de urgencia da lugar a una admisión de urgencia, siga las instrucciones para las admisiones hospitalarias de emergencia descritas anteriormente.

Sección IX

Servicios para pacientes ambulatorios y profesionales (excepto para salud mental y consumo de sustancias)

Consulte la sección Programa de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de autorización previa o derivación que se aplique a estos beneficios.

A. Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes

Cubrimos TEP, RM, medicina nuclear y TAC.

B. Pruebas y tratamiento de alergias

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

C. Servicios en centros de cirugía ambulatoria

Cubrimos los procedimientos quirúrgicos realizados en centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios y suministros proporcionados por el centro el día en que se realiza la cirugía.

D. Quimioterapia e inmunoterapia

Cubrimos la quimioterapia y la inmunoterapia en un centro para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un profesional de atención médica. La quimioterapia y la inmunoterapia pueden administrarse mediante inyección o infusión. Los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral están cubiertos por la sección Cobertura de medicamentos recetados de este Contrato.

E. Servicios quiroprácticos

Cubrimos la atención quiropráctica cuando la realiza un médico de quiropráctica (“quiropático”) o un médico en relación con la detección o corrección por medios manuales o mecánicos de desequilibrio estructural, distorsión o subluxación en el cuerpo humano con el fin de eliminar la interferencia nerviosa y sus efectos, cuando dicha interferencia sea el resultado o esté relacionada con la distorsión, desalineación o subluxación de la columna vertebral. Esto incluye la evaluación, la manipulación y cualquier modalidad. Cualquier prueba de laboratorio estará cubierta de acuerdo con los términos y condiciones de este Contrato.

F. Ensayos clínicos

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

- es elegible para participar en un ensayo clínico aprobado para tratar el cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal; 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 cuando no tiene cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal, pueden estar sujetos a las secciones Revisión de utilización y Apelación externa de este Contrato.

No cubrimos: los costos de los medicamentos o dispositivos en investigación; los costos de los servicios no sanitarios necesarios para que usted reciba el tratamiento; los costos de la gestión de la investigación; o los costos que no estarían cubiertos en virtud de este Contrato para los tratamientos no en investigación proporcionados en el ensayo clínico.

Un “ensayo clínico aprobado” se refiere a un ensayo clínico de fase I, II, III o IV que es:

- un ensayo financiado o aprobado a nivel federal;
- realizado bajo una solicitud de medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal; o
- Un ensayo farmacológico que está exento de una solicitud para el registro de un fármaco nuevo en fase de investigación clínica.

G. Diálisis

Cubrimos los tratamientos de diálisis de una enfermedad renal aguda o crónica.

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

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

- El proveedor no participante está debidamente autorizado para ejercer y proporcionar dicho tratamiento
- El proveedor no participante se encuentra fuera de nuestra área de servicio
- El proveedor participante que le brinda tratamiento ha emitido una orden por escrito que indica que el proveedor no participante necesita tratamiento de diálisis
- Usted nos notifica por escrito con al menos 30 días de antelación a la fecha de tratamiento propuesta e incluye la orden escrita mencionada anteriormente. El período de aviso con 30 días de anticipación puede acortarse cuando usted necesite viajar con un aviso repentino debido a una emergencia familiar u otra, siempre que tengamos una oportunidad razonable de revisar sus planes de viaje y tratamiento.
- Tenemos derecho a autorizar previamente el tratamiento y el programa 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 servicios de un proveedor no participante están cubiertos cuando se cumplen todas las condiciones anteriores y están sujetos a cualquier costo compartido aplicable 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 habríamos pagado si el servicio hubiera sido proporcionado por un proveedor participante y el cargo del proveedor no participante.

H. Servicios de habilitación

Cubrimos los servicios de habilitación que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento para pacientes ambulatorios de una Instalación o en el consultorio de un profesional de atención médica para un máximo de 20 visitas de terapia por año del plan por cada tipo de terapia cubierta.

I. Atención de la salud en el hogar

Cubrimos la atención proporcionada en su hogar por una agencia de salud a domicilio certificada o autorizada por la agencia estatal correspondiente. La atención debe proporcionarse de conformidad con el plan de tratamiento por escrito de su médico y debe sustituir a la hospitalización o el confinamiento en un centro de enfermería especializada. La atención en el hogar incluye:

- atención de enfermería intermitente o a tiempo parcial por parte o bajo la supervisión de un enfermero profesional registrado;
- servicios de ayuda médica domiciliaria a tiempo parcial o en forma intermitente;
- la terapia física, ocupacional o del habla si la proporciona una agencia de atención médica domiciliaria; y
- Suministros médicos, medicamentos recetados y medicamentos recetados por un médico, y servicios de laboratorio por o en nombre de la agencia de atención médica a domicilio en la medida en que dichos artículos hubieran sido cubiertos durante una hospitalización o un confinamiento en un centro de enfermería especializada.

La atención médica a domicilio está limitada a 40 visitas por año del plan. Cada visita realizada por un miembro de la agencia de atención médica a domicilio se considera una (1) visita. Cada visita de hasta cuatro (4) horas por parte de un auxiliar de atención domiciliaria se considera una (1) visita. Los servicios de rehabilitación o servicios de habilitación recibidos en virtud de este beneficio no reducirán la cantidad de servicios disponibles en virtud de los servicios de rehabilitación o los servicios de habilitación.

J. Tratamiento de infertilidad

Cubrimos servicios para el diagnóstico y tratamiento (quirúrgico y médico) de la infertilidad. La “infertilidad” es una enfermedad o afección caracterizada por la incapacidad para dejar embarazada a otra persona o concebir, definida por la incapacidad para establecer un embarazo clínico después de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección o inseminación terapéutica de donantes, o después de seis (6) meses de relaciones sexuales regulares sin protección o inseminación terapéutica de donantes para una mujer de 35 años de edad o más. La evaluación y el tratamiento anteriores pueden estar justificados en función de los antecedentes médicos o hallazgos físicos de un miembro. Dicha cobertura está disponible de la siguiente manera:

- 1. Servicios básicos de tratamiento de la infertilidad.** Se proporcionarán servicios básicos de infertilidad a un suscriptor que sea un candidato adecuado para el tratamiento de la infertilidad. Para determinar la elegibilidad, utilizaremos las pautas establecidas por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva y el Estado de Nueva York.

Los servicios básicos de infertilidad incluyen:

- evaluación inicial;
- análisis del semen;
- evaluación de laboratorio;
- evaluación de la función ovulatoria;
- prueba poscoital;
- biopsia endometrial;
- ecografía pélvica;
- histerosalpingograma;
- sonohistograma;
- biopsia de testículos;
- análisis de sangre; y
- tratamiento médicamente adecuado de la disfunción ovulatoria.

Pueden cubrirse pruebas adicionales, si se determina que las pruebas son médicamente necesarias.

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

2. **Servicios integrales de infertilidad.** Si los servicios básicos de infertilidad no dan lugar a un aumento de la fertilidad, cubrimos servicios integrales de infertilidad.

Los servicios integrales de infertilidad incluyen:

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

3. **Servicios de conservación de la fertilidad.** Cubrimos los servicios estándar de conservación de la fertilidad cuando un tratamiento médico conduce directa o indirectamente a la infertilidad iatrogénica. Los servicios estándar de conservación de la fertilidad incluyen la recogida, la conservación y el almacenamiento de óvulos, espermatozoides o embriones. “Infertilidad iatrogénica” significa un deterioro de su fertilidad mediante cirugía, radiación, quimioterapia u otro tratamiento médico que afecte a los órganos o procesos reproductivos.

4. **Exclusiones y limitaciones.** No cubrimos:

- fertilización in vitro;
- transferencias de tubos intrafalopianos de gametos o transferencias de tubos intrafalopianos de cigotos;
- costos asociados con un donante de óvulos o espermatozoides, incluidos los gastos médicos del donante;
- crioconservación y almacenamiento de espermatozoides y óvulos, excepto cuando se realiza como servicios de conservación de la fertilidad;
- criopreservación y almacenamiento de embriones;
- kits de predicción de ovulación;
- reversión de las ligaduras de trompas;
- reversión de vasectomías;
- costos para la maternidad sustituta y relacionados con ella que no sean servicios cubiertos de otro modo en virtud del presente Contrato;
- clonación; o
- procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales o en investigación, a menos que nuestro rechazo sea anulado por un agente de apelación externa.

Todos los servicios deben ser prestados por proveedores que estén calificados para prestar dichos servicios de acuerdo con las pautas establecidas y adoptadas por la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva. No discriminaremos en función de su expectativa de vida prevista, discapacidad presente o prevista, grado de dependencia médica, calidad de vida percibida, otras afecciones de salud, o en función de características personales como edad, sexo, orientación sexual, estado civil o identidad de género, al determinar la cobertura en virtud de este beneficio.

K. Terapia de infusión

Cubrimos la terapia de infusión, que es la administración de fármacos utilizando sistemas de administración especializados. Los fármacos o nutrientes administrados directamente en las venas se consideran terapia de infusión. Los medicamentos que se toman por vía oral o autoinyectados no se consideran terapia de infusión. Los servicios deben ser solicitados por un médico u otro profesionales de atención médica autorizados y proporcionados en un consultorio o por una agencia autorizada o certificada para proporcionar terapia de infusión. Todas las visitas para la terapia de infusión a domicilio cuentan para el límite de visitas 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 los abortos electivos durante 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 de diagnóstico, servicios y materiales, incluidas radiografías de diagnóstico, terapia radiográfica, fluoroscopia, electrocardiogramas, electroencefalogramas, pruebas de laboratorio y servicios de radiología terapéutica.

N. Atención de maternidad y para el recién nacido

Cubrimos los servicios de atención de maternidad proporcionados por un médico o comadrona, enfermero practicante, hospital o centro de parto. Cubrimos la atención prenatal (incluida una (1) visita para pruebas genéticas), la atención posnatal, el parto y las complicaciones del embarazo. Para que los servicios de una comadrona estén cubiertos, la comadrona debe tener licencia de conformidad con el Artículo 140 de la Ley de Educación de Nueva York, ejerciendo de conformidad con la Sección 6951 de la Ley de Educación de Nueva York y afiliada o ejerciendo junto con un centro con licencia de conformidad con el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de Nueva York. No pagaremos los servicios de rutina duplicados proporcionados tanto por una comadrona como por un médico. Consulte la sección Servicios para pacientes hospitalizados de este Contrato para obtener información sobre la cobertura de la atención de maternidad para pacientes hospitalizados.

Cubrimos el apoyo, el asesoramiento y los suministros de lactancia, incluido el costo del alquiler o la compra de un (1) sacaleches por embarazo, un (1) por año calendario durante la lactancia de un proveedor participante o proveedor designado.

O. Visitas al consultorio

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

P. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Cubrimos los servicios y suministros hospitalarios según se describe en la sección Servicios para pacientes hospitalizados de este Contrato que se le pueden proporcionar mientras recibe tratamiento en un centro para pacientes ambulatorios. Por ejemplo, los servicios cubiertos incluyen, entre otros, terapia de inhalación, rehabilitación pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca. A menos que usted se someta a pruebas previas a la admisión, los hospitales no son proveedores participantes para procedimientos y pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios.

Q. Prueba previa a la admisión

Cubrimos las pruebas previas a la admisión solicitadas por su médico y realizadas en centros para pacientes ambulatorios del hospital 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 que se va a realizar la cirugía;
- se realizaron reservas para una cama hospitalaria y un quirófano antes de la realización de las pruebas;
- la cirugía tiene lugar en un plazo de siete (7) días desde la realización de las pruebas; y
- el paciente está físicamente presente en el hospital para las pruebas.

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

Cubrimos los medicamentos recetados (excluidos los autoinyectables) utilizados por su proveedor en el consultorio del proveedor para fines preventivos y terapéuticos. Este beneficio se aplica cuando su proveedor solicita el medicamento recetado y se lo administra. Cuando los medicamentos recetados estén cubiertos por este beneficio, no estarán cubiertos por la sección Cobertura de medicamentos recetados de este contrato.

S. Servicios de rehabilitación

Cubrimos los servicios de rehabilitación que incluyen fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.

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 especializada, en caso de un diagnóstico positivo o negativo de cáncer o una recurrencia de cáncer o una recomendación de un ciclo de tratamiento para el cáncer. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor no participante dentro de la red cuando su médico tratante proporcione una derivación por escrito a un especialista no participante.
2. **Segundas opiniones quirúrgicas.** Cubrimos una segunda opinión quirúrgica de un médico calificado sobre la necesidad de cirugía.

-
3. **Segunda opinión quirúrgica requerida.** Es posible que necesitemos una segunda opinión antes de autorizar previamente un procedimiento quirúrgico. Usted no tendrá ningún costo cuando solicitemos una segunda opinión.
 - La segunda opinión debe ser otorgada por un especialista certificado por la junta que lo examine personalmente
 - Si la primera y segunda opinión no coinciden, puede obtener una tercera opinión
 - El segundo y tercer asesor de opinión quirúrgica no pueden realizarle la cirugía
 4. **Segundas opiniones en otros casos.** Puede haber otros casos en los que usted no esté de acuerdo con el ciclo de tratamiento recomendado por un proveedor. En tales casos, usted puede solicitar que designemos a otro proveedor para que emita una segunda opinión. Si la primera y segunda opinión no coinciden, designaremos a otro proveedor para que emita una tercera opinión. Después de completar el segundo proceso de opinión, autorizaremos previamente los servicios cubiertos respaldados por la mayoría de los proveedores que revisan su caso.

U. Servicios quirúrgicos

Cubrimos los servicios de los médicos para procedimientos quirúrgicos, incluidos los procedimientos operativos y de corte para el tratamiento de una enfermedad o lesión, y reducción cerrada de fracturas y dislocaciones de huesos, endoscopias, incisiones, o pinchazos en la piel para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidos los servicios del cirujano o especialista, asistente (incluido un asistente médico o un enfermero practicante), y anestesiista o anestesiólogo, junto con la atención preoperatoria y posoperatoria. Los beneficios no están disponibles para los servicios de anestesia proporcionados como parte de un procedimiento quirúrgico cuando son prestados por el cirujano o el asistente del cirujano.

A veces se pueden realizar dos (2) o más procedimientos quirúrgicos durante la misma operación.

1. **A través de la misma incisión.** Si se realizan varios procedimientos quirúrgicos cubiertos a través de la misma incisión, pagaremos el procedimiento con el monto permitido más alto y el 50% del monto que pagaríamos en virtud de este Contrato por los procedimientos secundarios, excepto por los procedimientos secundarios que, de acuerdo con las normas de codificación reconocidas a nivel nacional, están exentos de múltiples reducciones de procedimientos quirúrgicos. No pagaremos nada por un procedimiento secundario que se facture con un procedimiento primario cuando dicho procedimiento secundario sea incidental al procedimiento primario.
2. **A través de diferentes incisiones.** Si se realizan varios procedimientos quirúrgicos cubiertos durante la misma sesión quirúrgica pero a través de diferentes incisiones, pagaremos:
 - el procedimiento con el monto permitido más alto; y
 - el 50% del monto que de otro modo pagaríamos por los otros procedimientos.

V. Cirugía bucal

Cubrimos los siguientes procedimientos quirúrgicos dentales y orales limitados:

- Procedimientos quirúrgicos orales para los huesos de la mandíbula o los tejidos circundantes y servicios dentales para la reparación o sustitución de dientes naturales sanos que se requieren debido a una lesión accidental. La sustitución solo está cubierta cuando no es posible realizar la reparación. Los servicios dentales deben obtenerse dentro de los 12 meses posteriores a la lesión.
- Procedimientos quirúrgicos orales para los huesos de la mandíbula o los tejidos circundantes y servicios dentales necesarios debido a una enfermedad o anomalía congénita.
- Procedimientos quirúrgicos orales necesarios para la corrección de una afección fisiológica no dental que ha provocado un deterioro funcional grave.
- Extirpación de tumores y quistes que requieren examen patológico de las mandíbulas, mejillas, labios, lengua, techo y piso de la boca. Los quistes relacionados con los dientes no están cubiertos.
- Procedimientos médicos quirúrgicos/no quirúrgicos para trastornos de la articulación temporomandibular y cirugía ortognática.

W. Cirugía mamaria reconstructiva

Cubrimos la cirugía de reconstrucción mamaria después de una mastectomía o mastectomía parcial. La cobertura incluye: todas las etapas de reconstrucción de la mama en las que se ha realizado la mastectomía o mastectomía parcial; cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; y complicaciones físicas de la mastectomía o mastectomía parcial, incluidos los linfedemas, de la manera que usted y su médico de cabecera determinen apropiada. También cubrimos prótesis mamarias implantadas después de una mastectomía o mastectomía parcial.

X. Otra cirugía reconstructiva y correctiva

Cubrimos la cirugía reconstructiva y correctiva que no sea la cirugía reconstructiva de mama solo cuando:

- se realiza para corregir un defecto congénito de un hijo cubierto que ha dado lugar a un defecto funcional;
- sea incidental a la cirugía o posterior a la cirugía que fue necesaria por traumatismo, infección o enfermedad de la parte involucrada; o
- de lo contrario, sea médicamente necesaria.

Y. Trasplantes

Cubrimos solo los trasplantes que se determine que no son experimentales ni de investigación. Los trasplantes cubiertos incluyen, entre otros: trasplantes de riñón, córnea, hígado, corazón, páncreas y pulmón; y trasplantes de médula ósea para anemia aplásica, leucemia, enfermedad de inmunodeficiencia combinada grave y síndrome de Wiskott-Aldrich.

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

Cubrimos los gastos médicos y hospitalarios, incluidas las tarifas de búsqueda de donantes, del destinatario del suscriptor. Cubrimos los servicios de trasplante requeridos por usted cuando usted actúa como donante de órganos solo si el destinatario está cubierto por nosotros. No cubrimos los gastos médicos de una persona no cubierta que actúe como donante para usted si los gastos de la persona no cubierta estarán cubiertos en virtud de otro plan o programa de salud.

No cubrimos: gastos de viaje, hospedaje, comidas u otro alojamiento para donantes o huéspedes; tarifas de donantes en relación con una cirugía de trasplante de órganos; o recolección y almacenamiento rutinarios de células madre de sangre del cordón umbilical del recién nacido.

Sección X

Beneficios, equipos y dispositivos adicionales

Consulte la sección Programa de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de autorización previa o derivación que se aplique a estos beneficios.

A. Educación sobre equipos, suministros y autocontrol para la diabetes

Cubrimos el equipo para la diabetes, los suministros y la educación para el autocontrol si lo recomienda o prescribe un médico u otro profesional de atención médica autorizado legalmente para recetar en virtud del Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York, como se describe a continuación:

1. Equipos y suministros

Cubrimos los siguientes equipos y suministros relacionados para el tratamiento de la diabetes cuando los receta su médico u otro proveedor legalmente autorizado para recetar:

- Tiras reactivas de acetona
- Comprimidos reactivos de acetona
- Alcohol o peróxido por la pinta
- Paños de alcohol
- Todos los preparados de insulina
- Kit automático de lancetas de sangre
- Cartuchos para personas con discapacidad visual
- Sistemas de gestión de datos de diabetes
- Cartuchos de pluma e insulina desechables
- Jeringuillas para personas con discapacidad visual
- Equipo para el uso de la bomba
- Glucagón inyectable para aumentar la concentración de glucosa en sangre
- Tiras reactivas de acetona y glucosa
- Kit de glucosa
- Monitor de glucosa con o sin características especiales para soluciones de control con discapacidad visual y tiras para un monitor de glucosa en casa
- Prueba de glucosa o tiras reactivas
- Ayudas para la inyección
- Inyector (casquillo) automático
- Insulina
- Entrega del cartucho de insulina

-
- Dispositivos de infusión de insulina
 - Bomba de insulina
 - Lancetas
 - Agentes orales como comprimidos y geles de glucosa
 - Agentes antidiabéticos orales utilizados para reducir los niveles de azúcar en sangre
 - Jeringa con aguja; caja estéril de 1 cc
 - Productos de análisis de orina para glucosa y cetonas
 - Suministros adicionales, según los designe el Comisionado de Salud del Estado de Nueva York mediante la regulación según corresponda para el tratamiento de la diabetes

Los equipos y suministros para diabetes están cubiertos solo cuando se obtienen de un fabricante designado de equipos o suministros para la diabetes que tenga un acuerdo con nosotros para proporcionar todos los equipos o suministros para la diabetes requeridos por la ley para los miembros a través de las farmacias participantes. Si usted requiere un determinado artículo no disponible de nuestro fabricante designado de equipos o suministros para diabéticos, usted o su proveedor deben presentar una solicitud de excepción médica llamando al **1-866-265-1893**. Nuestro director médico realizará todas las determinaciones sobre excepciones médicas. Los equipos y suministros para la diabetes están limitados a un suministro de 30 días hasta un máximo de 90 días cuando se compran en una farmacia.

2. Educación sobre el autocontrol

La educación sobre el autocontrol de la diabetes está diseñada para educar a las personas con diabetes sobre el autocontrol y el tratamiento adecuados de su afección diabética, incluida la información sobre dietas adecuadas. Cubrimos la educación sobre el autocontrol y la nutrición cuando: la diabetes se diagnostica inicialmente; un médico diagnostica un cambio significativo en sus síntomas o afección que requiere un cambio en su educación sobre el autocontrol; o cuando es necesario un curso de actualización. Debe proporcionarse de acuerdo con lo siguiente:

- por parte de un médico, otro proveedor de atención médica autorizado para recetar en virtud del Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York, o su personal durante una visita al consultorio;
- tras la derivación de su médico u otro proveedor de atención médica autorizado para prescribir según el Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York a las siguientes educadores médicos que no son doctores: enfermeros educadores certificados en diabetes; nutricionistas certificados; dietistas certificados; y dietistas registrados en un entorno grupal cuando sea posible; y
- la educación también se proporcionará en su hogar cuando sea médicamente necesario.

3. Limitaciones

Los artículos solo se proporcionarán en cantidades que estén de acuerdo con el plan de tratamiento desarrollado por el médico para usted. Solo cubrimos modelos básicos de monitores de glucosa en sangre, a menos que tenga necesidades especiales relacionadas con una visión deficiente o ceguera.

B. Aparatos ortopédicos y equipo médico duradero

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

1. Equipo médico duradero

El equipo médico duradero es un equipo:

- diseñados y concebidos para el uso repetido;
- utilizados principal y habitualmente para cumplir un fin médico;
- generalmente no útiles para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión; y
- adecuados para su uso en el hogar.

La cobertura es solo para equipos estándar. Cubrimos el costo de reparación o sustitución cuando sea necesario debido al desgaste normal. No cubrimos el costo de reparación o reemplazo que sea el resultado del uso indebido o abuso por parte de usted. Determinaremos si alquilar o comprar dicho equipo. No cubrimos equipos médicos duraderos de venta libre.

No cubrimos equipos diseñados para su comodidad (p. ej., piscinas, jacuzzis, aires acondicionados, saunas, humidificadores, deshumidificadores, equipos de ejercicio), ya que no cumple con la definición de equipo médico duradero.

2. Soportes

Cubrimos los soportes, incluidos los soportes ortopédicos, que se usan externamente y que ayudan de forma temporal o permanente a la totalidad o parte de una función externa de una parte del cuerpo que se ha perdido o dañado debido a una lesión, una enfermedad o un defecto. La cobertura es solo para equipos estándar. Cubrimos los reemplazos cuando el crecimiento o un cambio en su afección médica hacen que sea necesario el reemplazo. No cubrimos el costo de reparación o reemplazo que sea el resultado del uso indebido o abuso por parte de usted.

C. Audífonos

1. Audífonos externos

Cubrimos los audífonos necesarios para la corrección de una discapacidad auditiva (una reducción en la capacidad de percibir el sonido que puede variar de ligera a sordera completa). Los audífonos son dispositivos amplificadores electrónicos diseñados para aportar sonido de forma más eficaz al oído. Un audífono consta de un micrófono, un amplificador y un receptor.

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

2. Implantes cocleares

Cubrimos los audífonos anclados al hueso (es decir, implantes cocleares) cuando son médicamente necesarios para corregir una discapacidad auditiva. Algunos ejemplos de casos en los que los audífonos anclados al hueso son médicamente necesarios son los siguientes:

- anomalías craneofaciales cuyos canales auditivos anormales o ausentes impiden el uso de un audífono portátil; o
- pérdida auditiva de gravedad suficiente que no se remediaría adecuadamente con un audífono portátil.

Se proporciona cobertura para un (1) audífono por oído durante todo el período de tiempo que usted esté inscrito en virtud de este Contrato. Cubrimos la reparación y/o sustitución de un audífono anclado al hueso solo en caso de mal funcionamiento.

D. Instituciones para enfermos terminales

El cuidado para enfermos terminales está disponible si el médico que lo asiste principalmente ha certificado que usted tiene seis (6) meses o menos para vivir. Cubrimos los cuidados paliativos hospitalarios en un hospital o centro de cuidados paliativos y los servicios de atención domiciliaria y para pacientes ambulatorios proporcionados por el centro de cuidados paliativos, incluidos medicamentos y suministros médicos. La cobertura se proporciona durante 210 días de cuidados paliativos. También cubrimos cinco (5) visitas para recibir tratamiento de apoyo y orientación con el fin de ayudarle a Usted y a Su familia inmediata a hacer frente a los problemas emocionales y sociales relacionados con su muerte, ya sea antes o después de su muerte.

Cubrimos el cuidado para enfermos terminales solo cuando se proporciona como parte de un programa de cuidados para enfermos terminales certificado de conformidad con el Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de Nueva York. Si se proporciona atención fuera del Estado de Nueva York, el centro de cuidados paliativos debe estar certificado según un proceso de certificación similar requerido por el estado en el que se encuentra el centro de cuidados paliativos. No cubrimos: arreglos funerarios; asesoramiento pastoral, financiero o legal; cuidado de amas de casa, cuidadores o de relevo.

E. Suministros médicos

Cubrimos los suministros médicos necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión que esté cubierta en virtud de este Contrato. También cubrimos los suministros de mantenimiento (p. ej., suministros de ostomía) para las afecciones cubiertas en virtud de este Contrato. Todos estos suministros deben estar en la cantidad adecuada para el programa de tratamiento o mantenimiento en curso. No cubrimos los suministros médicos de venta libre. Consulte la sección anterior Equipos para la diabetes, suministros y educación sobre el autocontrol para obtener una descripción de la cobertura de suministros para la diabetes.

F. Dispositivos protésicos

1. Dispositivos protésicos externos

Cubrimos los dispositivos protésicos (incluidas las pelucas) que se usan externamente y que reemplazan temporal o permanentemente la totalidad o parte de una parte externa del cuerpo que se ha perdido o dañado debido a una lesión o enfermedad. Cubrimos las pelucas solo cuando usted sufre una pérdida grave del cabello debido a una lesión o enfermedad o como efecto secundario del tratamiento de una enfermedad (p. ej., quimioterapia). No cubrimos pelucas hechas de cabello humano a menos que sea alérgico a todos los materiales sintéticos de pelucas.

No cubrimos dentaduras postizas u otros dispositivos utilizados en relación con los dientes a menos que sea necesario debido a una lesión accidental en dientes naturales sanos o necesario debido a una enfermedad o anomalía congénita.

Las gafas y los lentes de contacto no están cubiertos en virtud de este Contrato y solo están cubiertos en virtud de la sección de Atención oftalmológica de este Contrato.

No cubrimos las plantillas para el calzado.

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

La cobertura es solo para equipos estándar.

Cubrimos el costo de un (1) dispositivo protésico, por extremidad, de por vida. También cubrimos el costo de reparación y sustitución del dispositivo protésico y sus piezas. No cubrimos el costo de reparación o sustitución cubierto por la garantía o si la reparación o sustitución es el resultado de un uso indebido o abuso por su parte.

2. Dispositivos protésicos internos

Cubrimos dispositivos protésicos implantados quirúrgicamente y aparatos especiales si mejoran o restablecen la función de una parte interna del cuerpo que se ha eliminado o dañado debido a una enfermedad o lesión. Esto incluye prótesis mamarias implantadas después de una mastectomía o mastectomía parcial de una manera que usted y su médico tratante determinen que es adecuada.

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

La cobertura es solo para equipos estándar.

Sección XI

Servicios para pacientes hospitalizados

(para otros fines que no sean la salud mental y el consumo de sustancias)

Consulte la sección Programa de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de autorización previa o derivación que se aplique a estos beneficios.

A. Servicios de hospital

Cubrimos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por cuidados intensivos o tratamientos administrados o solicitados por un profesional de atención médica por una enfermedad, lesión o enfermedad de una gravedad que debe tratarse en régimen de hospitalización, incluidos:

- Habitación semiprivada y comida;
- atención de enfermería general, especial y crítica;
- comidas y dietas especiales;
- el uso de salas y equipos de operación, recuperación y cistoscópicos;
- el uso de unidades y equipos de cuidados intensivos, cuidados especiales o cuidados cardíacos;
- artículos diagnósticos y terapéuticos, como fármacos y medicamentos, sueros, productos biológicos y vacunas, preparados intravenosos y colorantes de visualización y administración, pero sin incluir aquellos que no están disponibles comercialmente para su compra y que el hospital puede obtener fácilmente;
- apósitos y escayolas;
- suministros y uso de equipos relacionados con oxígeno, anestesia, fisioterapia, quimioterapia, electrocardiógrafos, electroencefalogramas, radiografías y radioterapia, análisis de laboratorio y patológicos;
- sangre y productos sanguíneos, excepto cuando se encuentre disponible la participación en un programa de sustitución sanguínea voluntario;
- radioterapia, terapia de inhalación, quimioterapia, rehabilitación pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca;
- terapia física, del habla y ocupacional a corto plazo; y
- Cualquier servicio y suministro médico adicional que se proporcione mientras usted sea un paciente registrado en cama y que el hospital facture.

Los requisitos de costo compartido en la sección Programa de beneficios de este Contrato se aplican a una internación continua en el hospital, que son días consecutivos de servicio en el hospital recibidos como internación o internaciones sucesivas cuando se da el alta hospitalaria y se reingresa en el hospital en un plazo no superior a 90 días por las mismas causas o causas relacionadas.

B. Servicios de observación

Cubrimos los servicios de observación en un hospital. Los servicios de observación son servicios para pacientes ambulatorios del hospital proporcionados para ayudar a un médico a decidir si es admitido o dado de alta. Estos servicios incluyen el uso de una cama y el monitoreo periódico por parte del personal de enfermería u otro personal autorizado.

C. Servicios médicos para pacientes hospitalizados

Cubrimos las visitas médicas por parte de un profesional de atención médica en cualquier día de atención para pacientes hospitalizados cubierta en virtud de este Contrato.

D. Estadía hospitalaria para atención de maternidad

Cubrimos la atención de maternidad para pacientes hospitalizados en un hospital para la madre, y la atención de recién nacidos para pacientes hospitalizados en un hospital para el bebé, durante al menos 48 horas después de un parto normal y al menos 96 horas después de un parto por cesárea, independientemente de si dicha atención es médicamente necesaria. La atención proporcionada incluirá la educación, asistencia y capacitación de los padres en la lactancia materna o la alimentación con biberón, y la realización de cualquier evaluación clínica necesaria de la madre y el recién nacido. También cubriremos cualquier día adicional de dicha atención que determinemos que es médicamente necesario. En caso de que la madre opte por abandonar el hospital y solicite una visita de atención domiciliaria antes del final del período de cobertura mínima de 48 o 96 horas, cubriremos una visita de atención domiciliaria. La visita de atención domiciliaria se realizará en las 24 horas posteriores al alta de la madre o en el momento de la solicitud de la madre, lo que ocurra más tarde. Nuestra cobertura de esta visita de atención domiciliaria se añadirá a las visitas de atención domiciliaria en virtud de este Contrato y no estará sujeta a ninguna cantidad de costo compartido en la sección Programa de beneficios de este Contrato que se aplique a los beneficios de atención domiciliaria.

También cubrimos el uso para pacientes hospitalizados de leche humana de donante pasteurizada, que puede incluir fortificadores como medicamentos necesarios, para los que un profesional de atención médica ha emitido una orden para un bebé que es médica o físicamente incapaz de recibir leche materna, participar en la lactancia o cuya madre es médica o físicamente incapaz de producir leche materna en absoluto o en cantidades suficientes o participar en la lactancia a pesar del apoyo óptimo para la lactancia. Dicho bebé debe tener un peso al nacer documentado inferior a mil quinientos gramos, o una afección congénita o adquirida que ponga al bebé en alto riesgo de desarrollar enterocolitis necrosante.

E. Estadía para pacientes hospitalizados para atención de mastectomía

Cubrimos los servicios para pacientes hospitalizados para los suscriptores que se someten a una linfadenectomía, tumorectomía, mastectomía o mastectomía parcial para el tratamiento del cáncer de mama y cualquier complicación física derivada de la mastectomía, incluido el linfedema, durante un período de tiempo que usted y su médico responsable determinen que es médicamente adecuado.

F. Servicios de bancos de sangre autóloga

Cubrimos los servicios de bancos de sangre autóloga solo cuando se proporcionan en relación con un procedimiento para pacientes hospitalizados programado y cubierto para el tratamiento de una enfermedad o lesión. En tales casos, cubrimos las tarifas de almacenamiento durante un período de almacenamiento razonable que sea apropiado para tener la sangre disponible cuando sea necesaria.

G. Servicios de habilitación

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

H. Servicios de rehabilitación

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

Cubrimos la terapia del habla y la fisioterapia solo cuando:

1. dicha terapia está relacionada con el tratamiento o diagnóstico de su enfermedad o lesión;
2. un médico solicita la terapia; y
3. ha sido hospitalizado o se ha sometido a una cirugía por dicha enfermedad o lesión.

Los servicios de rehabilitación cubiertos deben comenzar dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha más tardía:

1. la fecha de la lesión o enfermedad que causó la necesidad de la terapia;
2. la fecha en la que recibe el alta hospitalaria en la que se realizó el tratamiento quirúrgico; o
3. la fecha en que se presta la atención quirúrgica para pacientes ambulatorios.

I. Centro de enfermería especializada

Cubrimos los servicios prestados en un centro de enfermería especializada, incluidos la atención y el tratamiento en una sala semiprivada, como se describe en “Servicios de hospital” anteriormente. La atención custodial, convaleciente o domiciliaria no está cubierta (consulte la sección Exclusiones y limitaciones de este Contrato). La admisión en un centro de enfermería especializada debe estar respaldada por un plan de tratamiento preparado por su proveedor y aprobado por nosotros. Cubrimos hasta 200 días por año del plan para atención no relacionada con la custodia.

J. Atención para el final de la vida

Si se le diagnostica cáncer avanzado y tiene menos de 60 días para vivir, cubriremos la atención aguda proporcionada en un centro autorizado conforme al Artículo 28 o centro de atención aguda que se especialice en la atención de pacientes terminales enfermos. El médico que lo atiende y el director médico del centro deben aceptar que su atención se proporcionará adecuadamente en el centro. Si no estamos de acuerdo con su admisión a la línea de crédito, tenemos derecho a iniciar una apelación externa acelerada ante un agente de apelación externa. Cubriremos y reembolsaremos al centro por su atención, sujeto a cualquier limitación aplicable en este Contrato hasta que el agente de apelación externa tome una decisión a nuestro favor.

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

1. Reembolsaremos una tarifa que haya sido negociada entre nosotros y el proveedor.
2. Si no hay una tarifa negociada, reembolsaremos cuidados intensivos a la tarifa actual de cuidados intensivos de Medicare del centro.
3. Si se trata de un nivel de atención alternativo, reembolsaremos el 75% de la tarifa correspondiente de cuidados intensivos de Medicare.

K. Limitaciones/términos de cobertura

1. Cuando usted recibe atención hospitalaria en un centro, no cubriremos cargos adicionales por enfermeras de servicio especial, cargos por salas privadas (a menos que una sala privada sea médicamente necesaria), o medicamentos y suministros que usted se lleve a casa del Centro. Si usted ocupa una habitación privada, y la habitación privada no es médicamente necesaria, nuestra cobertura se basará en el cargo máximo de habitación semiprivada del centro. Tendrá que pagar la diferencia entre ese cargo y el cargo de la habitación privada.
2. No cubrimos los gastos de radio, teléfono o televisión, ni los servicios de belleza o barbero.
3. No cubrimos ningún cargo incurrido después del día en que le informamos que ya no es médicamente necesario que reciba atención hospitalaria, a menos que nuestro rechazo sea anulado por un agente de apelación externa.

Sección XII

Servicios de atención de salud mental y consumo de sustancias

Consulte la sección Programa de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de autorización previa o derivación 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 Igualdad de Atención de Salud Mental y Adicción federal de 2008.

A. Servicios de atención de salud mental

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

1. **Servicios para pacientes internados.** Cubrimos servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de afecciones de salud mental comparables a otras coberturas hospitalarias, médicas y quirúrgicas similares proporcionadas en virtud de este Contrato. La cobertura de los servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados se limita a los centros definidos en la sección 1.03(10) de la Ley de Higiene Mental de Nueva York, como:
 - Un centro psiquiátrico o centro hospitalario bajo la jurisdicción de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York
 - Un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados administrado por un gobierno estatal o local
 - Una parte de un hospital que proporciona servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados en virtud de un certificado operativo emitido por el Comisionado de Salud Mental del Estado de Nueva York
 - Un programa integral de emergencia psiquiátrica u otro centro que proporcione atención de salud mental para pacientes hospitalizados que haya sido emitido por el Comisionado de Salud Mental del Estado de Nueva York y, en otros estados, a centros con licencia o certificación similares. En ausencia de un centro con licencia o certificación similares, el centro debe estar acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros.

También cubrimos los servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de afecciones de salud mental recibidos en centros que proporcionan tratamiento residencial, incluidos los cargos por habitación y pensión. La cobertura de los servicios de tratamiento residencial se limita a los centros definidos en la sección 1.03 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York y a los centros de tratamiento residencial que formen parte de un centro de atención integral para trastornos alimentarios identificados de conformidad con el artículo 30 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York; y, en otros estados, a los centros con licencia o certificación para proporcionar el mismo nivel de tratamiento. En ausencia de un centro autorizado o certificado que proporcione el mismo nivel de tratamiento, el

centro debe estar acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros.

2. **Servicios para pacientes ambulatorios.** Cubrimos los servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios, incluidos, entre otros, los servicios del programa de hospitalización parcial y los servicios intensivos del programa ambulatorio, relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de afecciones de salud mental. Cubrimos hasta un total de 20 visitas de asesoramiento familiar durante un año calendario. El asesoramiento familiar incluye visitas de asesoramiento familiar con el inscrito presente y visitas de asesoramiento familiar sin el inscrito presente. La cobertura de servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios incluye centros a los que se les ha emitido un certificado operativo de conformidad con el artículo 31 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York o que son operados por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, y centros de estabilización de crisis con licencia conforme a la sección 36.01 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York, y, en otros estados, a centros con licencia o certificación similares; y servicios prestados por un psiquiatra o psicólogo autorizado; un trabajador social clínico autorizado que tenga al menos tres (3) años de experiencia adicional en psicoterapia; un enfermero practicante autorizado; un asesor de salud mental autorizado; un terapeuta matrimonial y familiar autorizado; un psicoanalista autorizado; o una corporación profesional o una corporación universitaria de ejercicio docente de la misma. En ausencia de un centro con licencia o certificación similares, el centro debe estar acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros. Los servicios para pacientes ambulatorios también incluyen asesoramiento nutricional para tratar una afección de salud mental.
3. **Trastorno del espectro autista.** Cubrimos los siguientes servicios cuando dichos servicios sean indicados u ordenados por un médico autorizado o por un psicólogo autorizado y cuando determinemos que son médicamente necesarios para la evaluación, el diagnóstico o el tratamiento de un trastorno del espectro autista. A los fines de este beneficio, un “trastorno del espectro autista” es cualquier trastorno generalizado del desarrollo según se define en la edición más reciente del Manual de estadísticas y diagnóstico de trastornos mentales en el momento en que se brindan los servicios.
 - i. **Examen de detección y diagnóstico.** Cubrimos análisis, evaluaciones y pruebas a fin de determinar si una persona tiene un trastorno del espectro autista.
 - ii. **Dispositivos de comunicación asistida.** Cubrimos una evaluación formal realizada por un patólogo del habla y el lenguaje para determinar si necesita un dispositivo de comunicación asistida. En función de la evaluación formal, cubrimos el alquiler o la compra de dispositivos de comunicación asistida cuando sean ordenados o indicados por un médico autorizado o por un psicólogo autorizado si no puede comunicarse utilizando los medios normales (es decir, el habla o la escritura) cuando la evaluación indique que un dispositivo de comunicación asistida probablemente le proporcione una mejor comunicación. Algunos ejemplos de dispositivos de comunicación asistida incluyen los tableros de comunicación y los dispositivos de generación del habla. La cobertura se limita a dispositivos dedicados. Únicamente cubriremos los dispositivos que generalmente no serían útiles para una persona que no tuviera una dificultad en la comunicación. No cubrimos artículos como computadoras portátiles, computadoras de escritorio ni computadoras “tablet”. Cubrimos el software y/o las aplicaciones que permitan que una computadora portátil, computadora de escritorio o computadora “tablet” funcione como un dispositivo de generación del habla. La instalación del programa y/o el soporte técnico no se

reembolsan por separado. Determinaremos si el dispositivo debe ser comprado o rentado.

Cubrimos la reparación, la sustitución y los ajustes de dichos dispositivos cuando sea necesario por el desgaste normal o un cambio significativo en su estado físico. No cubrimos los costos de reparación o reemplazo necesarios debido a la pérdida o al daño a causa del uso indebido, maltrato o robo; sin embargo, cubrimos un (1) reemplazo o reparación por tipo de dispositivo que sea necesario debido a problemas conductuales. Se proporcionará cobertura para el dispositivo más adecuado para su nivel funcional actual. No proporcionamos cobertura para los cargos de entrega o servicio, ni para el mantenimiento de rutina.

- iii. **Tratamiento de salud del comportamiento.** Cubrimos los programas de asesoramiento y tratamiento que sean necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, al máximo posible, el funcionamiento de un individuo. Proporcionaremos dicha cobertura cuando sea brindada por un proveedor autorizado. Cubrimos el análisis de comportamiento aplicado cuando lo proporciona un profesional de atención médica de análisis de comportamiento aplicado con licencia o certificado. “Análisis del comportamiento aplicado” hace referencia al diseño, la implementación y la evaluación de las modificaciones ambientales, utilizando estímulos y efectos conductuales, para producir una mejora socialmente significativa en el comportamiento humano, lo que incluye el uso de la observación directa, la medición y el análisis funcional de la relación entre el ambiente y el comportamiento.
- iv. **Atención psiquiátrica y psicológica.** Cubrimos los servicios directos o de asesoramiento proporcionados por un psiquiatra, psicólogo o trabajador social clínico autorizado con la experiencia requerida por la Ley de Seguros de Nueva York en el estado en el cual ejercen.
- v. **Atención terapéutica.** Cubrimos los servicios terapéuticos necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, al máximo posible, el funcionamiento de la persona cuando tales servicios sean proporcionados por terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales autorizados o certificados para tratar un trastorno del espectro autista y cuando los servicios brindados por dichos proveedores se encuentren de otro modo cubiertos en virtud de este Contrato. Excepto cuando la ley indique lo contrario, los servicios brindados en este párrafo se incluirán en toda cantidad máxima de visitas aplicable a los servicios de tales terapeutas o trabajadores sociales en virtud de este Contrato.
- vi. **Atención de farmacia.** Cubrimos los medicamentos recetados para tratar un trastorno del espectro autista que sean indicados por un proveedor legalmente autorizado para recetar en virtud del Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York. La cobertura de dichos medicamentos recetados está sujeta a todos los términos, disposiciones y limitaciones que se aplican a los beneficios de los medicamentos recetados en virtud de este Contrato.
- vii. **Limitaciones.** No cubrimos ningún servicio ni tratamiento mencionado anteriormente cuando dichos servicios o tratamientos sean proporcionados conforme a un plan de educación individualizada en virtud de la Ley de Educación de Nueva York. La prestación de servicios de conformidad con un plan de servicios familiares individualizado en virtud de la Ley de Salud Pública de Nueva York, Sección 2545, un plan de educación individualizado en virtud del Artículo 89 de la Ley de Educación de Nueva York, o un plan de servicio individualizado de conformidad con las normativas de la Oficina del Estado de Nueva York para Personas con Discapacidades del Desarrollo no afectará la cobertura en virtud de este Contrato para los servicios prestados de forma complementaria fuera de un entorno educativo si dichos servicios son prescritos por un médico o psicólogo autorizado.

Usted es responsable de cualquier disposición de copago o coseguro aplicable en virtud de este Contrato para servicios similares. Por ejemplo, cualquier copago o coseguro que se aplique a las visitas de fisioterapia generalmente también se aplicará a los servicios de fisioterapia cubiertos en virtud de este beneficio; y cualquier copago o coseguro para medicamentos con receta generalmente también se aplicará a los medicamentos con receta cubiertos en virtud de este beneficio. Consulte la sección Programa de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de costo compartido que se aplican a los servicios de análisis de comportamiento aplicado y a los dispositivos de comunicación de asistencia.

B. Servicios para el consumo de sustancias

Cubrimos los siguientes servicios para el consumo de sustancias a fin de tratar un trastorno por consumo de sustancias. Para los fines de este beneficio, “trastorno por consumo de sustancias” significa cualquier trastorno por consumo de sustancias según se define en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadística de trastornos mentales.

- 1. Servicios para pacientes internados.** Cubrimos los servicios para el consumo de sustancias en pacientes hospitalizados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias. Esto incluye la cobertura de servicios de desintoxicación y rehabilitación para trastornos por consumo de sustancias. Los servicios para el consumo de sustancias para pacientes hospitalizados se limitan a los centros en el Estado de Nueva York que estén autorizados por la Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones (Office of Addiction Services and Supports, “OASAS”) y, en otros estados, a aquellos centros que estén autorizados por una agencia estatal similar y acreditados por la Comisión Conjunta o una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros como programas de tratamiento de alcoholismo, abuso de sustancias o dependencia química.

También cubrimos los servicios para el consumo de sustancias para pacientes hospitalizados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias recibidos en los centros que proporcionan tratamiento residencial, incluidos los cargos por habitación y comida. La cobertura de los servicios de tratamiento residencial se limita a los centros con licencia, certificación o autorización de otro modo por parte de la OASAS; y, en otros estados, a aquellos centros con licencia, certificación o autorización de otro modo por parte de una agencia estatal similar y acreditados por la Comisión Conjunta o una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros como programas de tratamiento de alcoholismo, abuso de sustancias o dependencia química para proporcionar el mismo nivel de tratamiento.

- 2. Servicios para pacientes ambulatorios.** Cubrimos servicios para el consumo de sustancias para pacientes ambulatorios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, incluidos, entre otros, servicios de programas de hospitalización parcial, servicios intensivos de programas ambulatorios, programas de tratamiento de opioides, incluidos servicios de apoyo entre pares, asesoramiento y tratamiento asistido por medicamentos. Dicha cobertura se limita a los centros en el Estado de Nueva York con licencia, certificación o autorización de otro modo de la OASAS para proporcionar servicios para el trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios, y centros de estabilización de crisis con licencia conforme a la sección 36.01 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York y en otros estados, a los que tienen licencia, certificación o autorización de otro modo de una agencia estatal similar y acreditados por la Comisión Conjunta o una organización nacional de

acreditación reconocida por nosotros como programas de tratamiento de alcoholismo, abuso de sustancias o dependencia química. La cobertura también está disponible en un consultorio profesional para servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios relacionados con el diagnóstico y tratamiento del alcoholismo, el consumo de sustancias y la dependencia química o por médicos a los que se les haya otorgado una exención de conformidad con la Ley de Tratamiento de Adicciones a las Drogas federal de 2000 para prescribir medicamentos narcóticos de los programas III, IV y V para el tratamiento de la adicción a opioides durante la etapa de desintoxicación aguda del tratamiento o durante las etapas de rehabilitación.

Sección XIII

Cobertura de medicamentos recetados

Consulte la sección Programa de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de autorización previa o derivación que se aplique a estos beneficios.

A. Medicamentos recetados cubiertos

Cubrimos los medicamentos recetados médicamente necesarios que, salvo que se indique específicamente lo contrario, solo se pueden dispensar de conformidad con una receta y sean:

- requeridos por ley a llevar la leyenda “Precaución: la ley federal prohíbe la dispensación sin receta”;
- aprobados por la FDA;
- solicitados por un proveedor autorizado para recetar y dentro del ámbito de ejercicio del proveedor;
- recetados según las directrices aprobadas de administración y dosificación de la FDA;
- enumerados en nuestro Formulario; y
- dispensados por una farmacia autorizada.

Los medicamentos recetados cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Medicamentos recetados autoinyectables/administrados
- Inhaladores (con espaciadores)
- Preparados dentales tópicos
- Vitaminas prenatales, vitaminas con flúor y vitaminas de una sola entidad
- Fármacos y dispositivos para la osteoporosis aprobados por la FDA, o equivalentes genéricos como sustitutos aprobados, para el tratamiento de la osteoporosis y de conformidad con los criterios del programa federal de Medicare o los Institutos Nacionales de Salud

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

- Fórmulas nutricionales para el tratamiento de la fenilcetonuria, cetonuria de cadena ramificada, galactosemia y homocistinuria
- Fórmulas enterales con o sin receta para uso doméstico, ya sea administradas por vía oral o por sonda, para las que un médico u otro proveedor autorizado ha emitido una orden por escrito. La orden escrita debe indicar que la fórmula enteral es médicamente necesaria y ha demostrado ser eficaz como pauta de tratamiento específica de la enfermedad. Las enfermedades y los trastornos específicos incluyen, entre otros: enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos o ácidos orgánicos; enfermedad de Crohn; reflujo gastroesofágico; motilidad gastroesofágica como pseudoobstrucción intestinal crónica; y múltiples alergias alimentarias graves. Las alergias alimentarias múltiples incluyen, entre otras: alergias mediadas por inmunoglobulina E y no inmunoglobulina E a múltiples proteínas alimentarias; síndrome de enterocolitis grave inducida por proteínas alimentarias; trastornos eosinofílicos y alteración de la absorción de nutrientes causada por trastornos que afectan a la superficie, función, longitud y motilidad de la absorción del tubo digestivo.
- Productos alimenticios sólidos modificados con bajo contenido de proteínas, que contienen proteínas modificadas o que están basados en aminoácidos para tratar ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos y afecciones alérgicas graves a proteínas
- Medicamentos recetados junto con el tratamiento o los servicios cubiertos en virtud del beneficio de tratamiento de infertilidad en la sección Servicios para pacientes ambulatorios y profesionales de este Contrato
- Medicamentos para el cáncer no aprobados, siempre que el medicamento recetado esté reconocido para el tratamiento del tipo específico de cáncer para el que se ha recetado en uno (1) de los siguientes compendios de referencia: la Información sobre medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales de los Estados Unidos; el Compendio Nacional Integral de Medicamentos y Medicamentos Biológicos de la Red contra el Cáncer; Thomson Micromedex DrugDex; Farmacología clínica de Elsevier Gold Standard; u otros compendios autorizados identificados por el Secretario Federal de Salud y Servicios Humanos o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; o recomendados por artículos de revisión o comentarios editoriales en una revista profesional revisada por pares importante
- Medicación contra el cáncer administrada por vía oral utilizada para matar o ralentizar el crecimiento de células cancerosas
- Fármacos para dejar de fumar, incluidos los medicamentos de venta libre para los que existe una orden escrita y los medicamentos recetados por un proveedor
- Medicamentos recetados preventivos, incluidos los medicamentos de venta libre para los que existe una orden escrita, proporcionados de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, "HRSA") o que tienen una calificación "A" o "B" del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, "USPSTF")
- Medicamentos recetados para el tratamiento de trastornos de salud mental y consumo de sustancias, incluidos fármacos para la desintoxicación, el mantenimiento y la reversión de sobredosis

-
- Fármacos, dispositivos y otros productos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de venta libre, dispositivos y otros productos, aprobados por la FDA y según lo prescrito o autorizado de otro modo por la ley estatal o federal. “Productos anticonceptivos de venta libre” se refiere a aquellos productos proporcionados en directrices integrales respaldadas por la HRSA. La cobertura también incluye métodos anticonceptivos de emergencia cuando se proporcionan de conformidad con una receta u orden o cuando se proporcionan de venta libre legalmente. Puede solicitar cobertura para una versión alternativa de un fármaco, dispositivo y otro producto anticonceptivo si el fármaco, dispositivo y otro producto anticonceptivo cubierto no está disponible o se considera médicamente desaconsejado, según lo determine su proveedor de atención médica a cargo.

Puede solicitar una copia de nuestro formulario. Nuestro formulario también está disponible en nuestro sitio web myuhc.com/CommunityPlan. Puede consultar si un medicamento específico está cubierto en virtud de este Contrato comunicándose con nosotros llamando al **1-866-265-1893**, TTY **711**.

B. Resurtidos

Cubrimos los resurtidos de medicamentos recetados solo cuando se dispensan en una farmacia de la red, farmacia minorista o especializada, o pedido por correo según lo solicitado por un proveedor autorizado y solo después de que se haya utilizado el 85% (minorista) y el 75% (farmacia especializada y pedido por correo) del medicamento recetado original. Los beneficios de los resurtidos no se proporcionarán más allá de un (1) año a partir de la fecha de la receta original. Para los medicamentos recetados en gotas oftálmicas, permitimos el resurtido limitado de la receta antes del último día del período de dosificación aprobado sin tener en cuenta las restricciones de cobertura sobre el resurtido anticipado de renovaciones. En la medida de lo posible, la cantidad de gotas oftálmicas en la recarga temprana se limitará a la cantidad restante en la dosis que se dispensó inicialmente. Su costo compartido para el resurtido limitado es el monto que se aplica a cada receta o resurtido según se establece en la sección Programa de beneficios de este Contrato.

C. Información sobre beneficios y pagos

1. **Gastos de costos compartidos.** Usted es responsable de pagar los costos descritos en la sección Programa de beneficios de este Contrato cuando se obtengan medicamentos recetados cubiertos de una farmacia de la red (farmacia minorista o especializada o farmacia de pedidos por correo).

Tiene un diseño de plan de tres (3) niveles, lo que significa que sus gastos de bolsillo generalmente serán más bajos para los medicamentos recetados en el nivel 1 y más altos para los medicamentos recetados en el nivel 3. Por lo general, sus gastos de bolsillo por medicamentos recetados en el nivel 2 serán superiores al nivel 1 pero inferiores al nivel 3.

Usted es responsable de pagar el costo total (el monto que la farmacia le cobra) por cualquier medicamento recetado no cubierto, y nuestras tarifas contratadas (nuestro costo de medicamentos recetados) no estarán disponibles para usted.

2. **Farmacias participantes.** Para los medicamentos recetados adquiridos en una farmacia de la red (farmacia minorista o especializada o de pedidos por correo) o farmacia participante designada, usted es responsable de pagar la cantidad que resulte menor entre:
 - el costo compartido aplicable; o
 - el cargo usual y habitual de la farmacia participante (que incluye una tarifa de dispensación e impuesto sobre las ventas) por el medicamento recetado. Su costo compartido nunca excederá el cargo usual y habitual del medicamento recetado.
3. **Farmacias no participantes.** No pagaremos ningún medicamento de venta libre que usted compre en una farmacia minorista no participante o especial o de pedidos por correo que no sea la descrita anteriormente.
4. **Farmacias designadas.** Si usted requiere ciertos medicamentos recetados, incluidos, entre otros, medicamentos recetados especializados, podemos dirigirle a una farmacia designada con la que tengamos un acuerdo para suministrar esos medicamentos recetados.

Por lo general, los medicamentos recetados especializados son medicamentos recetados aprobados para tratar poblaciones o afecciones limitadas de pacientes; pueden ser orales, infundidos y pueden requerir una estrecha supervisión por parte de un proveedor; o tienen disponibilidad limitada, requisitos especiales de dispensación y entrega y/o requieren apoyo adicional al paciente.

Si usted es dirigido a una farmacia designada y elige no obtener su recetados recetado de una farmacia designada, usted no tendrá cobertura para ese medicamento recetado.

A continuación se muestran algunas de las principales clases terapéuticas de medicamentos recetados especializados que se incluyen en este programa:

- anemia, neutropenia, trombocitopenia;
- enfermedad de Crohn;
- fibrosis quística;
- trastornos endocrinos/trastornos neurológicos como espasmos infantiles;
- deficiencias enzimáticas/trastornos de almacenamiento liposomal;
- enfermedad de Gaucher;
- hormona de crecimiento;
- hemofilia;
- hepatitis B, hepatitis C;
- angioedema hereditario;
- deficiencia inmunitaria;
- modulador inmunitario;
- infertilidad;
- sobrecarga de hierro;
- esclerosis múltiple;
- oncología oral;
- osteoartritis;
- hipertensión arterial pulmonar;
- afecciones reumatológicas y relacionadas (artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, artritis reumatoide juvenil, psoriasis);
- trasplante; y
- prevención del VRS.

5. **Pedido por correo.** Ciertos medicamentos recetados pueden solicitarse a través de nuestra farmacia de pedidos por correo. Usted es responsable de pagar la cantidad menor entre:

- el costo compartido aplicable; o
- el costo de medicamentos recetados para ese medicamento recetado. (Su costo compartido nunca excederá el cargo usual y habitual del medicamento recetado.)

Para maximizar su beneficio de pedidos por correo, pídale a su médico que escriba su pedido de receta o resurtido para un suministro de 90 días, con un resurtido cuando corresponda (no un suministro de 30 días con tres resurtidos). Se le cobrará el costo compartido del pedido por correo por cualquier pedido de receta o resurtido enviados al proveedor de pedidos por correo, independientemente del número de días de suministro escrito en el pedido de receta o resurtido.

Los medicamentos recetados comprados a través de pedidos por correo se entregarán directamente en la dirección que usted designe.

Usted o su proveedor pueden obtener una copia de la lista de medicamentos recetados disponible a través de pedidos por correo visitando nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan** o llamando al **1-866-265-1893**, TTY **711**. La lista de medicamentos de mantenimiento se actualiza periódicamente. Visite nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan** o llame al **1-866-265-1893** para averiguar si un medicamento recetado en particular está en la lista de mantenimiento.

6. **Estado del nivel.** El estado de nivel de un medicamento recetado puede cambiar periódicamente, pero no más de cuatro (4) veces por Año del Plan, o cuando un medicamento de marca esté disponible como medicamento genérico como se describe a continuación, en función de nuestras decisiones de nivelación. Estos cambios pueden producirse sin previo aviso. Sin

embargo, si tiene una receta para un medicamento que se está trasladando a un nivel superior o se está eliminando de nuestro formulario, se lo notificaremos al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Cuando se produzcan dichos cambios, su costo compartido puede cambiar. También puede solicitar una excepción de formulario para un medicamento recetado que ya no está en el formulario como se describe a continuación y en la sección de Apelación externa de este Contrato. Puede acceder al nivel de tarjeta más actualizado en nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan o llamando al **1-866-265-1893**, TTY **711**.

7. **Cuando un medicamento de marca pasa a estar disponible como medicamento genérico.** Cuando un medicamento de marca pasa a estar disponible como medicamento genérico, el nivel de colocación del medicamento de marca puede cambiar. Si esto sucede, usted pagará el costo compartido aplicable al nivel al que se asigna el medicamento recetado. Tenga en cuenta que si está tomando un medicamento de marca que se está excluyendo o se está colocando en un nivel superior debido a que un medicamento genérico está disponible, recibirá una notificación por escrito con 30 días de antelación del cambio antes de que entre en vigor. Puede solicitar una excepción de formulario para un medicamento recetado que ya no está en el formulario como se describe a continuación y en la sección de Apelación externa de este Contrato.
8. **Proceso de excepción del formulario.** Si un medicamento recetado no está en nuestro formulario, usted, su representante o su profesional de atención médica que receta pueden solicitar una excepción del formulario para un medicamento recetado clínicamente apropiado por escrito, de forma electrónica o telefónica. La solicitud debe incluir una declaración de su profesional de atención médica que receta que todos los medicamentos del formulario serán o han sido ineficaces, no serían tan eficaces como el medicamento no incluido en el formulario o tendrían efectos adversos. Si se deniega la cobertura en virtud de nuestro proceso de excepción de formulario estándar o acelerado, usted tiene derecho a una apelación externa como se describe en la sección Apelación externa de este Contrato. Visite nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan o llame al **1-866-265-1893**, TTY **711** para obtener más información sobre este proceso.

Revisión estándar de una excepción del formulario. Tomaremos una decisión y se lo notificaremos a usted o a su representante y al profesional de atención médica que receta por teléfono y por escrito a más tardar 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento recetado mientras usted esté tomando el medicamento recetado, incluyendo cualquier resurtido.

Revisión acelerada de una excepción del formulario. Si usted padece una afección médica que pueda poner en grave peligro su salud, vida o capacidad para recuperar la función máxima o si está recibiendo un ciclo de tratamiento actual con un medicamento recetado no incluido en el formulario, puede solicitar una revisión acelerada de una excepción del formulario. La solicitud debe incluir una declaración de su profesional de atención médica que receta que el daño podría provenir razonablemente de usted si el medicamento solicitado no se proporciona dentro de los plazos para nuestro proceso de excepción del formulario estándar. Tomaremos una decisión y se lo notificaremos a usted o a su representante y al profesional de atención médica que receta por teléfono y por escrito a más tardar 24 horas después de que recibamos su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento recetado mientras usted padezca la afección médica que pueda poner en grave peligro su salud, vida o capacidad para recuperar la función máxima o durante su ciclo de tratamiento actual con el medicamento recetado.

-
9. **Límites de suministro.** A excepción de los medicamentos, dispositivos o productos anticonceptivos, pagaremos un suministro de no más de 30 días de un medicamento recetado adquirido en una farmacia minorista de la red participante. Usted es responsable de un (1) monto de costo compartido; por un suministro de hasta 30 días.

Es posible que le dispensen al mismo tiempo todo el suministro (de hasta 12 meses) de un medicamento, dispositivo o producto anticonceptivo recetado. Los fármacos, dispositivos o productos anticonceptivos no están sujetos a costos compartidos cuando los proporciona una farmacia participante.

Se proporcionarán beneficios para los medicamentos recetados dispensados por una farmacia de pedidos por correo en una cantidad de suministro para 90 días. Usted es responsable de dos (2.5) monto(s) de costo compartido por un suministro de 90 días.

Los medicamentos recetados especializados están limitados a un suministro de 30 días. Puede acceder a nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan o llamando al **1-866-265-1893**, TTY **711** para obtener más información sobre los límites de suministro para medicamentos recetados especializados.

Algunos medicamentos recetados pueden estar sujetos a límites de cantidad según los criterios que hayamos desarrollado, sujeto a nuestra revisión y modificación periódicas. El límite puede restringir la cantidad dispensada por pedido de receta o resurtido y/o la cantidad dispensada por suministro mensual. Puede determinar si a un medicamento recetado se le ha asignado un nivel máximo de cantidad para su dispensación accediendo a nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan o llamando al **1-866-265-1893**, TTY **711**. Si rechazamos una solicitud para cubrir una cantidad que excede nuestro nivel de cantidad, usted tiene derecho a una apelación de conformidad con las secciones Revisión de utilización y Apelación externa de este Contrato.

10. **Suministro limitado inicial de opioides recetados.** Si usted recibe una receta limitada inicial para un suministro de siete (7) días o menos de cualquier opioide del programa II, III o IV recetado para el dolor agudo, y usted tiene un copago, su copago será prorrateado. Si recibe un suministro adicional del medicamento recetado dentro del período de 30 días en el cual recibió el suministro de siete (7) días, su copago por el resto del suministro de 30 días también será prorrateado. En ningún caso el/los copago(s) prorrateado(s) suman más que su copago para un suministro de 30 días.
11. **Costo compartido de los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral.** Sus costos compartidos de los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral es la menor de las cantidades correspondientes a los costos compartidos de los medicamentos recetados especificados en la sección Programa de beneficios de este Contrato o la cantidad de costos compartidos, si la hubiera, que se aplica a los agentes de quimioterapia intravenosos o inyectables cubiertos en virtud de la sección Servicios para pacientes ambulatorios y profesionales de este Contrato.

D. Gerencia médica

Este Contrato incluye ciertas características para determinar cuándo deben cubrirse los medicamentos recetados, que se describen a continuación. Como parte de estas características, es posible que se le pida a su proveedor que receta que proporcione más detalles antes de que podamos decidir si el medicamento recetado es médicamente necesario.

1. **Autorización previa.** Es posible que se necesite autorización previa para ciertos medicamentos recetados para asegurarse de que se sigan el uso adecuado y las pautas para la cobertura de medicamentos recetados. Cuando corresponda, su proveedor será responsable de obtener la autorización previa para el medicamento recetado. En caso de que usted decida comprar el medicamento recetado sin obtener una autorización previa, usted deberá pagar el costo de todo el medicamento recetado y enviarnos una reclamación para su reembolso. No se requiere autorización previa para los medicamentos cubiertos para tratar el trastorno por consumo de sustancias, incluidos los medicamentos para la reversión de sobredosis de opioides recetados o dispensados.

Para obtener una lista de medicamentos recetados que necesitan autorización previa, visite nuestro sitio web en myuhc.com/CommunityPlan o llame al **1-866-265-1893**. La lista se revisará y actualizará de vez en cuando. También nos reservamos el derecho de exigir una autorización previa para cualquier nuevo medicamento recetado en el mercado o para cualquier medicamento recetado actualmente disponible que experimente un cambio en los protocolos y/o indicaciones de prescripción independientemente de la clasificación terapéutica, lo que incluye si un medicamento recetado o artículo relacionado de la lista no está cubierto por su Contrato. Su proveedor puede consultar con nosotros para averiguar qué medicamentos recetados están cubiertos.

2. **Terapia escalonada.** La terapia escalonada es un proceso en el que es posible que deba usar uno o más tipos de medicamentos recetados antes de que cubramos otro según sea médicamente necesario. Comprobamos ciertos medicamentos recetados para asegurarnos de que se siguen las pautas de prescripción adecuadas. Estas pautas le ayudan a obtener medicamentos recetados de alta calidad y rentables. Los medicamentos recetados que requieren autorización previa bajo el programa de terapia escalonada también se incluyen en la lista de medicamentos de autorización previa. Si se deniega la cobertura, tiene derecho a una apelación según se describe en las secciones Revisión de utilización y Apelación externa de este Contrato.

E. Limitaciones/términos de cobertura

1. Nos reservamos el derecho de limitar las cantidades, el suministro diario, el acceso temprano al resurtido y/o la duración de la terapia para ciertos medicamentos en función de la necesidad médica, incluidas las normas médicas aceptables y/o las pautas recomendadas por la FDA.
2. Si determinamos que usted puede estar utilizando un medicamento recetado de forma perjudicial o abusiva, o con una frecuencia perjudicial, su selección de farmacias participantes y proveedores que recetan puede estar limitada. Si esto sucede, podemos pedirle que seleccione una única farmacia participante y un único proveedor que proporcionará y coordinará todos los servicios de farmacia futuros. Los beneficios se pagarán solo si usted utiliza la farmacia participante única seleccionada. Los beneficios se pagarán únicamente si sus pedidos de recetas o resurtidos son escritos por el proveedor seleccionado o por un proveedor autorizado por su proveedor seleccionado. Si usted no realiza una selección dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que le notifiquemos, seleccionaremos una única farmacia participante y/o proveedor que recete.
3. Los medicamentos con receta compuestos estarán cubiertos solo cuando contengan al menos un (1) ingrediente cuando: el ingrediente principal es un medicamento recetado de leyenda cubierto, no son esencialmente los mismos que un medicamento recetado de un fabricante y se obtienen de una farmacia aprobada para la composición. Todos los medicamentos recetados compuestos de más de \$100 requieren que su proveedor obtenga una autorización previa. Los medicamentos recetados compuestos se encuentran en el nivel 2; 3.

-
4. De vez en cuando se utilizarán varios protocolos de “gestión del uso” específicos y/o generalizados para garantizar la utilización adecuada de los medicamentos. Dichos protocolos serán coherentes con las pautas estándar de tratamiento médico/con medicamentos. El objetivo principal de los protocolos es proporcionar a nuestros miembros un beneficio de medicamentos recetados centrado en la calidad. En caso de que se implemente un protocolo de gestión del uso y esté tomando el/los medicamento(s) afectado(s) por el protocolo, se le notificará con antelación.
 5. Los medicamentos inyectables (que no sean medicamentos inyectables autoadministrados) y la insulina para diabéticos, los hipoglucemiantes orales y los suministros y equipos para la diabetes no están cubiertos en esta sección, sino en otras secciones de este Contrato.
 6. No cubrimos los cargos por la administración o inyección de cualquier medicamento recetado. Los medicamentos recetados administrados o entregados en el consultorio de un Médico están cubiertos por la sección Servicios para pacientes ambulatorios y profesionales de este Contrato.
 7. No cubrimos medicamentos que no requieran por ley una receta, excepto medicamentos para dejar de fumar, medicamentos preventivos de venta libre o dispositivos proporcionados de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por la HRSA o con una calificación “A” o “B” del USPSTF, o según se disponga de otro modo en este Contrato. No cubrimos medicamentos recetados que tengan equivalentes sin receta de venta libre, excepto si se designa específicamente como cubierto en el formulario de medicamentos, o según se indique de otro modo en este Contrato. Los equivalentes sin receta son medicamentos disponibles sin receta que tienen el mismo nombre/entidad química que sus homólogos con receta.
 8. No cubrimos los medicamentos recetados para reemplazar aquellos que puedan haber sido perdidos o robados.
 9. No cubrimos los medicamentos recetados que se le dispensen mientras esté en un hospital, residencia de ancianos, otra institución, centro o si es un paciente de atención domiciliaria, excepto en aquellos casos en los que la base de pago por parte de usted o en su nombre al hospital, residencia de ancianos, agencia de atención domiciliaria o agencia de servicios de atención domiciliaria, u otra institución, no incluya servicios para medicamentos.
 10. Nos reservamos el derecho de denegar beneficios que no sean médicamente necesarios o experimentales o en investigación para cualquier medicamento recetado o dispensado de forma contraria al ejercicio médico estándar. Si se deniega la cobertura, tiene derecho a una apelación según se describe en las secciones Revisión de utilización y Apelación externa de este Contrato.
 11. No es necesario que una farmacia dispense una receta que, según el criterio profesional del farmacéutico, no deba ser surtida.

F. Afecciones generales

Debe mostrar su tarjeta de identificación a una farmacia minorista en el momento en que obtenga su medicamento recetado o debe proporcionar a la farmacia la información de identificación que podamos verificar durante el horario de atención habitual. Debe incluir su número de identificación en los formularios proporcionados por la farmacia de pedidos por correo en la que usted realiza una compra.

G. Definiciones

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

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

1. **Medicamento de marca:** Un medicamento recetado que: 1) se fabrica y comercializa bajo una marca comercial o nombre de un fabricante de medicamentos específico; o 2) identificamos como un medicamento recetado de marca, en función de los recursos de datos disponibles. Todos los medicamentos recetados de venta libre identificados como “de marca” por el fabricante, la farmacia o su médico no pueden ser clasificados como medicamentos de marca por nosotros.
2. **Farmacia designada:** Una farmacia que ha celebrado un acuerdo con nosotros o con una organización que contrata en nuestro nombre, para proporcionar medicamentos recetados específicos, incluidos, entre otros, medicamentos recetados especializados. El hecho de que una farmacia sea una farmacia participante no significa que sea una farmacia designada.
3. **Formulario:** La lista que identifica los medicamentos recetados para los que puede haber cobertura disponible en virtud de este Contrato. Esta lista está sujeta a nuestra revisión y modificación periódicas (no más de cuatro (4) veces por año calendario o cuando un medicamento de marca esté disponible como medicamento genérico). Para determinar qué nivel se ha asignado a un medicamento recetado en particular, visite nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan** o llame al **1-866-265-1893**, TTY **711**.
4. **Medicamento genérico:** Un medicamento recetado que: 1) es químicamente equivalente a un medicamento de marca; o 2) identificamos como un medicamento recetado genérico en función de los recursos de datos disponibles. Todos los medicamentos recetados identificados como “genéricos” por el fabricante, la farmacia o su médico no pueden ser clasificados como medicamentos genéricos por nosotros.
5. **Farmacia no participante:** Una farmacia que no ha celebrado un acuerdo con nosotros para proporcionar medicamentos recetados a los suscriptores. No realizaremos ningún pago por recetas o resurtidos que se receten en una farmacia no participante que no sea la descrita anteriormente.
6. **Farmacia participante:** Una farmacia que:
 - ha celebrado un acuerdo con nosotros o nuestra persona designada para proporcionar medicamentos recetados a los miembros;
 - ha acordado aceptar las tasas de reembolso especificadas para la dispensación de medicamentos recetados; y
 - ha sido designada por nosotros como farmacia participante.Una farmacia participante puede ser una farmacia minorista, una farmacia especializada o una farmacia de pedidos por correo.
7. **Medicamento recetado:** Un medicamento, producto o dispositivo que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y que, en virtud de las leyes federales o estatales, puede dispensarse solo de conformidad con una orden de receta o resurtido. Un medicamento recetado incluye un medicamento que, debido a sus características, es adecuado para la autoadministración o la administración por parte de un cuidador no calificado.
8. **Costos de los medicamentos recetados:** La cantidad, incluida una tarifa de dispensación y cualquier impuesto sobre las ventas, para un medicamento recetado cubierto dispensado en una farmacia participante. Si su Contrato incluye cobertura en farmacias no participantes, el

costo de un medicamento recetado dispensado en una farmacia no participante se calcula utilizando el costo de un medicamento recetado que se aplica para ese medicamento recetado en particular en la mayoría de las farmacias participantes.

9. **Pedido o resurtido de recetas:** La directiva para dispensar un medicamento recetado emitido por un profesional de atención médica debidamente autorizado que actúa dentro del ámbito de su ejercicio.
10. **Cargo usual y habitual:** La tarifa habitual que una farmacia cobra a las personas por un medicamento recetado sin referencia al reembolso a la farmacia por parte de terceros según lo requerido por la Sección 6826-a de la Ley de Educación de Nueva York.

Sección XIV

Beneficios de bienestar

A. Reembolso del centro de ejercicio

Le reembolsaremos parcialmente ciertas tarifas de gimnasio o de membresía, pero solo si dichas tarifas se pagan a gimnasios que mantienen equipos y programas que promueven el bienestar cardiovascular. También reembolsaremos cuotas pagadas por clases de ejercicio (p. ej., yoga, pilates, spinning), incluidas las cuotas o suscripciones para clases de gimnasia en línea, virtuales o transmitidas en vivo.

El reembolso se limita a las visitas de entrenamiento reales o entrenamientos en línea. No reembolsamos:

- Las membresías en clubes de tenis, clubes de campo, clínicas de pérdida de peso, spas o cualquier otra instalación similar
- Membresías de por vida
- Equipo, ropa, vitaminas u otros servicios que puedan ofrecer el centro (p. ej., masajes, etc.)
- Servicios que son servicios, como un gimnasio, que están incluidos en su alquiler o en los cargos de la asociación de propietarios de vivienda

A fin de ser elegible para el reembolso, usted debe:

- Ser miembro activo del gimnasio o asistir a clases en el gimnasio, y
- Completar 50 visitas o entrenamientos en línea en un periodo de seis (6) meses.

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

- Formulario de reembolso cumplimentado; documentación de las visitas del centro. Cada vez que visite el gimnasio, un representante del centro debe firmar y fechar el formulario de reembolso; documentación de las visitas.
- Una copia de la factura actual de su centro que muestre el cargo pagado por su membresía; o clases
- Una copia del folleto que describe los servicios que ofrece el gimnasio

Una vez que recibamos el formulario de reembolso completo, la documentación de las visitas, la

copia del folleto del centro y la factura, se le reembolsará el monto que resulte menor entre \$200 o el costo real de la membresía por período de seis (6) meses. El reembolso debe solicitarse en un plazo de 120 días desde el final del periodo de seis (6) meses. El reembolso se emitirá solo después de que haya completado cada período de seis (6) meses, incluso si se completan 50 visitas antes.

B. Programas de bienestar

1. Propósito

El propósito de este programa de bienestar es alentarlos a que asuma un rol más activo en el manejo de su salud y bienestar.

2. Descripción

Proporcionamos beneficios en relación con el uso o la participación en cualquiera de las siguientes acciones y actividades de promoción del bienestar y la salud:

- Un programa de incentivos de salud o acondicionamiento físico designado

3. Elegibilidad

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

4. Participación

El método preferido para acceder al programa de bienestar es a través de nuestro sitio web en **myuhc.com**. Debe tener acceso a un dispositivo con acceso a Internet para participar en el programa del sitio web. Sin embargo, si no tiene acceso a Internet, llámenos al **1-866-265-1893**, TTY **711**, y le proporcionaremos información sobre cómo participar sin acceso a Internet.

5. Recompensas

Las recompensas por participar en un programa de bienestar incluyen:

- Reembolso parcial del costo de la membresía en un gimnasio o club de acondicionamiento físico

Sección XV

Beneficios adicionales para ciertos suscriptores del Plan Essential

Consulte la sección Programa de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de autorización previa o derivación que se aplique a estos beneficios.

A. Servicios dentales

1. **Servicios dentales cubiertos.** Cubrimos servicios dentales habituales y de rutina, tales como controles dentales preventivos, limpieza, radiografías, empastes y otros servicios para detectar cualquier tipo de cambio o anomalías que requieran que usted reciba tratamiento y/o atención de seguimiento. No necesita una remisión de su PCP para visitar a un dentista.
2. **Cómo acceder a los servicios dentales.** Si necesita encontrar un dentista o cambiar de dentista, llame a Servicios para Miembros al **1-866-265-1893**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los representantes del Servicio al Cliente están aquí para ayudarle. Muchos de ellos hablan su idioma o cuentan con servicios que traducirán la información en cualquier idioma que necesite.
3. **Servicios de ortodoncia.** La ortodoncia está cubierta cuando se le realiza un tratamiento quirúrgico médicamente necesario, como una cirugía reconstructiva de la mandíbula.
4. **Prostodoncia.** Las dentaduras postizas completas y/o parciales están cubiertas cuando se requieren para aliviar una afección médica grave o una que afecte la empleabilidad. Este servicio requiere autorización previa. Las dentaduras postizas completas y las dentaduras postizas parciales, ya sean inservibles, perdidas, robadas o rotas, no se reemplazarán durante un mínimo de ocho años desde la colocación inicial, excepto cuando lo determinemos médicamente necesario. Las solicitudes de autorización previa de dentaduras postizas de reemplazo antes de los ocho años deben incluir una carta de su médico y dentista. La carta de su dentista debe explicar las circunstancias específicas que requieren la sustitución de la dentadura postiza. La carta de su médico debe explicarle cómo las dentaduras postizas aliviarían su grave afección de salud o mejorarían su empleabilidad. Si se solicitan dentaduras postizas de reemplazo dentro del período de ocho años después de que ya hayan sido reemplazadas una vez, la documentación de respaldo debe incluir una explicación de las medidas preventivas establecidas para aliviar la necesidad de reemplazos adicionales.
5. **Servicios de implantes.** Los implantes dentales estarán cubiertos cuando sean médicamente necesarios. Las solicitudes de autorización previa para implantes deben tener documentación de apoyo de su médico y dentista. La carta de su médico debe explicar cómo los implantes aliviarán la afección médica. La carta de su dentista debe explicar por qué otras alternativas funcionales cubiertas para la sustitución protésica no corregirán su afección dental y por qué necesita implantes. Se puede presentar otra documentación de respaldo para la solicitud, incluidas radiografías.

B. Servicios de la vista

1. **Servicios oftalmológicos cubiertos.** Ofrecemos atención de la vista a través de un contrato con March Vision, un experto en proporcionar servicios oftalmológicos de alta calidad. Cubrimos los siguientes servicios de la vista:
 - Servicios de un oftalmólogo, proveedor oftalmológico y optometrista, y cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, lentes artificiales y/o reemplazo de anteojos en caso de pérdida o ruptura, incluso reparaciones, cuando sea médicamente necesario. Las lentes artificiales se cubren según el pedido de un proveedor participante.
 - Exámenes de los ojos, generalmente cada 12 meses, a menos que sean médicamente necesarios con mayor frecuencia
 - Examen de escasa visión y aparatos para la visión solicitados por su médico
 - Derivaciones de especialistas para enfermedades o defectos oculares

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

2. **Cómo acceder a servicios de la vista.** Si necesita encontrar un proveedor de servicios de la vista o cambiar su proveedor de servicios de la vista, llame a Servicios para Miembros al **1-866-265-1893**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

C. Medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)

Además de la Cobertura de medicamentos recetados descrita en la Sección XIII, también cubrimos medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC), suministros médicos y baterías de audífonos cuando lo solicite un Proveedor con licencia.

D. Servicios de cuidado de pies

Cubrimos la atención rutinaria de los pies proporcionada por tipos de proveedores autorizados que no sean podólogos cuando su afección física plantea un peligro debido a la presencia localizada de una enfermedad, lesión o síntomas que involucran al pie, o cuando se realice como parte necesaria e integral de los servicios cubiertos, como el diagnóstico y tratamiento de la diabetes, úlceras e infecciones. No cubrimos la atención higiénica de rutina de los pies, el tratamiento de los callos y las callosidades, el recorte de uñas, la limpieza o el remojo de los pies, a menos que tenga una afección patológica que requiera los servicios.

E. Calzado ortopédico

Cubrimos el calzado ortopédico cuando se usa para corregir, acomodar o prevenir una deformidad física o un mal funcionamiento de la amplitud de movimiento en una parte enferma o lesionada del tobillo o pie, o para soportar una estructura débil o deformada del tobillo o pie o para formar una parte integral de un dispositivo ortopédico. La cobertura incluye calzado, modificaciones de calzado o adiciones de calzado. No cubrimos zapatillas y calzado deportivo.

F. Servicios de planificación familiar

Además de los servicios de planificación familiar según se describe en la Sección XV, usted puede recibir ciertos servicios de planificación familiar y salud reproductiva de uno de nuestros proveedores participantes o de cualquier proveedor de salud de Medicaid apropiado de su elección. No necesita una derivación de su PCP para obtener estos servicios. Si usted visita a cualquier proveedor de salud de Medicaid apropiado, el costo para usted será el mismo que el costo de ver a uno de nuestros proveedores participantes.

Los siguientes son los servicios de planificación familiar y salud reproductiva que puede recibir de cualquier proveedor de salud de Medicaid o de un proveedor participante:

1. Exámenes de detección, diagnóstico relacionado, tratamiento para pacientes ambulatorios y derivaciones a un proveedor participante según sea necesario para dismenorrea, cáncer de cuello uterino u otras anomalías pélvicas.
2. Exámenes de detección, diagnóstico relacionado y derivación al proveedor participante para anemia, cáncer de cuello uterino, glucosuria, proteinuria, presión arterial alta, enfermedad mamaria y embarazo.
3. Pruebas de VIH y asesoramiento previo y posterior a las pruebas cuando se realizan como parte de una visita de planificación familiar.

Debe visitar a un proveedor participante para que nosotros cubramos los siguientes servicios de planificación familiar y salud reproductiva:

1. Tratamiento de la infertilidad según se establece en los servicios de planificación familiar descritos en la Sección XV.
2. Atención ginecológica rutinaria, incluidas las histerectomías, según se establece en la sección Servicios para pacientes ambulatorios de este Contrato.
3. Cualquier otra planificación familiar y reproductiva no especificada anteriormente.

G. Transporte que no sea de emergencia

Además del beneficio de transporte en ambulancia que no es de emergencia en la Sección VII, usted es elegible para el transporte que no es de emergencia, que incluye vehículo personal, autobús, taxi, ambulancia y transporte público a citas médicas.

Usted o su proveedor deben llamar al proveedor que se indica a continuación para organizar el transporte:

NYC (todos los distritos): Servicios de respuesta médica: 1-844-666-6270

Long Island (Nassau y Suffolk): LogistiCare: 1-844-678-1103

Todos los demás condados: Servicios de respuesta médica:

Condado	Número de contacto
Condado de Chenango	1-855-733-9396
Condado de Clinton	1-866-753-4435
Condado de Herkimer	1-866-753-4524
Condado de Jefferson	1-866-558-0757
Condado de Madison	1-855-852-3286
Condado de Monroe	1-866-932-7740
Condado de Oswego	1-855-733-9395
Condado de Tioga	1-877-882-8313
Condado de Broome	1-855-852-3294
Condado de Cayuga	1-866-932-7743
Condado de Fulton	1-855-360-3550
Condado de Oneida	1-855-852-3288
Condado de Onondaga	1-855-852-3287
Condado de Orange	1-855-360-3543
Condado de Rensselaer	1-855-852-3293
Condado de Rockland	1-855-360-3542
Condado de Ulster	1-866-287-0983
Condado de Warren	1-855-360-3541
Condado de Westchester	1-866-883-7865

Puede acceder a esta información en línea en: https://www.emedny.org/ProviderManuals/Transportation/PDFS/Transportation_PA_Guidelines_Contact_List.pdf

Si es posible, usted o su proveedor deben llamar al proveedor al menos tres días antes de su cita médica y proporcionar la fecha y hora de su cita, su dirección y el médico que está viendo.

H. Asesoría familiar

Si está recibiendo, o necesita, tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias, cubrimos las visitas ambulatorias de asesoramiento familiar.

Sección XVI

Exclusiones y limitaciones

No hay cobertura disponible en virtud de este Contrato para lo siguiente:

A. Aviación

No cubrimos los servicios derivados de la aviación, salvo como pasajero que pague la tarifa en un vuelo programado o chárter operado por una aerolínea programada.

B. Atención de convalecientes y custodia

No cubrimos servicios relacionados con curas de reposo, atención de custodia o transporte. “Atención de custodia” significa ayuda para trasladarse, comer, vestirse, bañarse, ir al baño y otras actividades relacionadas. La atención de custodia no incluye los servicios cubiertos que se consideren médicamente necesarios.

C. Terapia de conversión

No cubrimos la terapia de conversión. La terapia de conversión es cualquier práctica realizada por un profesional de la salud mental que busca 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 reducir atracciones o sentimientos sexuales o románticos hacia personas del mismo sexo. La terapia de conversión no incluye asesoramiento o terapia para una persona que busca someterse a una transición de género o que está en proceso de someterse a una transición de género, que proporciona aceptación, apoyo, y la comprensión de una persona o la facilitación del afrontamiento de una persona, apoyo social, y exploración y desarrollo de identidades, incluidas las intervenciones neutrales de orientación sexual para prevenir o abordar conductas ilegales o prácticas sexuales inseguras, siempre que el asesoramiento o la terapia no busquen cambiar la orientación sexual o la identidad de género.

D. Servicios cosméticos

No cubrimos servicios cosméticos, medicamentos recetados ni cirugía, a menos que se especifique lo contrario, excepto que la cirugía estética no incluirá cirugía reconstructiva cuando dicho servicio sea incidental o posterior a la cirugía resultante de traumatismo, infección o enfermedades de la parte afectada, y cirugía reconstructiva debido a enfermedad congénita o anomalía de un hijo cubierto que haya resultado en un defecto funcional. También cubrimos los servicios relacionados con la cirugía reconstructiva después de una mastectomía, según se establece en otro lugar de este Contrato. La cirugía cosmética no incluye la cirugía que se considere médicamente necesaria. Si una reclamación por un procedimiento enumerado en el Título 11 de las Reglas y Reglamentaciones de los Códigos de Nueva York (New York Codes Rules and Regulations, NYCRR) 56 (p. ej., ciertos procedimientos de cirugía plástica y dermatología) se presenta de forma retrospectiva y sin información médica, cualquier denegación no estará sujeta al proceso de Revisión de utilización en las secciones Revisión de utilización y Apelación externa de este Contrato, a menos que se presente información médica.

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

No cubrimos la atención o el tratamiento proporcionado fuera de los Estados Unidos, sus posesiones, Canadá o México, excepto los servicios de emergencia, los servicios médicos de emergencia prehospitalarios y los servicios de ambulancia para tratar su afección de emergencia.

F. Servicios dentales

No cubrimos los servicios de ortodoncia excepto: atención o tratamiento debido a una lesión accidental en los dientes naturales sanos en los 12 meses posteriores al accidente; atención odontológica o tratamiento necesario debido a una enfermedad o anomalía congénita; o atención odontológica o tratamiento específicamente indicado en la sección Servicios para pacientes ambulatorios y profesionales de este Contrato.

G. Tratamiento en fase experimental o de investigación

No cubrimos ningún servicio de atención médica, procedimiento, tratamiento, dispositivo o medicamento recetado que sea experimental o en investigación. Sin embargo, cubriremos los tratamientos experimentales o en investigación, incluido el tratamiento para su enfermedad rara o los costos de los pacientes por su participación en un ensayo clínico, tal como se describe en la sección Servicios para pacientes ambulatorios y profesionales de este Contrato, cuando nuestro rechazo de servicios sea anulado por un agente de apelación externa certificado por el Estado. Sin embargo, para los ensayos clínicos, no cubriremos los costos de ningún medicamento o dispositivo en investigación, servicios no sanitarios necesarios para que usted reciba el tratamiento, los costos de gestión de la investigación o los costos que no estarían cubiertos en virtud de este Contrato para tratamientos no en investigación. Consulte las secciones Revisión de utilización y Apelación externa de este Contrato para obtener una explicación más detallada de sus derechos de apelación.

H. Participación en delitos

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

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

I. Cuidado de los pies

No cubrimos la atención rutinaria de los pies en relación con callos, callosidades, pies planos, arcos caídos, pies débiles, tensión crónica de los pies o molestias sintomáticas de los pies, excepto como se indica en la Sección XXIV. Sin embargo, cubriremos la atención de los pies cuando usted tenga una afección médica o enfermedad específica que provoque déficits circulatorios o áreas de disminución de la sensibilidad en las piernas o los pies.

J. Centro gubernamental

No cubrimos la atención o el tratamiento proporcionado en un hospital que sea propiedad de u operado por cualquier entidad federal, estatal u otra entidad gubernamental, excepto que la ley exija lo contrario, a menos que usted sea llevado al hospital porque está cerca del lugar donde usted resultó lesionado o se enfermó, y se proporcionan servicios de emergencia para tratar su afección de emergencia.

K. Medicamento necesario

En general, no cubriremos ningún servicio de atención médica, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o medicamento recetado que determinemos que no es medicamento necesario. Sin embargo, si un agente de apelación externa certificado por el Estado anula nuestra denegación, cubriremos el servicio, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o medicamento recetado para el cual se haya denegado la cobertura, en la medida en que dicho servicio, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o medicamento recetado esté cubierto de otro modo en virtud de los términos de este Contrato.

L. Medicare u otro programa gubernamental

No cubrimos los servicios si se proporcionan beneficios para dichos servicios en virtud del programa federal de Medicare u otro programa gubernamental (excepto Medicaid).

M. Servicio militar

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

N. Seguro automovilístico independientemente de la responsabilidad

No cubrimos ningún beneficio en la medida en que se disponga por cualquier pérdida o parte de los mismos para los cuales se recuperen o puedan recuperarse los beneficios obligatorios por automóvil sin culpa. Esta exclusión se aplica incluso si usted no realiza una reclamación adecuada u oportuna por los beneficios disponibles para usted en virtud de una póliza obligatoria sin culpa.

O. Servicios no enumerados

No cubrimos servicios que no figuren en este Contrato como cubiertos.

P. Servicios prestados por un familiar

No cubrimos los servicios prestados por un familiar directo de la persona cubierta. “Miembro de la familia inmediata” significa un hijo, hijastro, cónyuge, padre, padrastro, hermano, hermanastro, suegro, yerno, cuñado, abuelo, cónyuge de abuelos, nieto o cónyuge de nieto.

P. Servicios facturados por separado por los empleados del hospital

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

R. Servicios sin cargo

No cubrimos servicios por los que normalmente no se realiza ningún cargo.

S. Servicios de la vista

No cubrimos el examen ni el ajuste de gafas o lentes de contacto.

T. Guerra

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

U. Indemnización por accidente laboral

No cubrimos los servicios si los beneficios de dichos servicios se proporcionan en virtud de cualquier ley estatal o federal de compensación al trabajador, responsabilidad del empleador o enfermedad ocupacional.

Sección XVII

Determinaciones de reclamaciones

A. Reclamaciones

Una reclamación es una solicitud de que los beneficios o servicios se proporcionen o paguen de acuerdo con los términos 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, usted deberá presentarlo ante nosotros.

B. Aviso de reclamación

Las reclamaciones de servicios deben incluir toda la información designada por nosotros según sea necesario para procesar la reclamación, lo que incluye, entre otros: número de identificación del miembro; nombre; fecha de nacimiento; fecha de servicio; tipo de servicio; cargo por cada servicio; código de procedimiento para el servicio según corresponda; código de diagnóstico; nombre y dirección del proveedor que realiza el cargo; y registros médicos de respaldo, cuando sea necesario. No se aceptará una reclamación que no contenga toda la información necesaria y debe volver a enviarse con toda la información necesaria. Los formularios de reclamación están disponibles llamando a Servicios para Miembros al **1-866-265-1893**, TTY **711**, o visitando nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**. Los formularios de reclamación completados deben enviarse a la dirección que figura en la sección Cómo funciona su cobertura de este Contrato o en su tarjeta de identificación. También puede enviarnos una reclamación electrónicamente visitando nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**.

C. Plazo para presentar reclamaciones

Las reclamaciones por servicios deben enviarse a nosotros para su pago en un plazo de 120 días después de que usted reciba los servicios para los cuales se solicita el pago. Si no es razonablemente posible presentar una reclamación dentro del período de 120 días, debe presentarla tan pronto como sea razonablemente posible. En ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, se puede presentar una reclamación más de un (1) año desde el momento en que se exigió que se presentara la reclamación.

D. Reclamaciones para derivaciones prohibidas

No estamos obligados a pagar ninguna reclamación, factura u otra exigencia o solicitud por parte de un Proveedor de servicios de laboratorio clínico, servicios de farmacia, servicios de radioterapia, servicios de fisioterapia o servicios de radiografía o diagnóstico por imágenes proporcionados de conformidad con una derivación prohibida por la Sección 238-a(1) de la Ley de Salud Pública de Nueva York.

E. Determinaciones de reclamaciones

Nuestro procedimiento de determinación de reclamaciones se aplica a todas las reclamaciones que no estén relacionadas con una necesidad médica o una determinación experimental o en investigación. Por ejemplo, nuestro procedimiento de determinación de reclamaciones se aplica a las denegaciones de beneficios contractuales y derivaciones. Si usted no está de acuerdo con nuestra determinación de reclamación, puede presentar una queja formal de conformidad con la sección Procedimientos de queja formal de este Contrato.

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

F. Determinaciones de reclamaciones previas al servicio

- 1. Una reclamación previa al servicio** es una solicitud de aprobación de un servicio o tratamiento antes de que se haya recibido. Si tenemos toda la información necesaria para realizar una determinación con respecto a una reclamación previa al servicio (p. ej., una determinación o derivación de beneficios cubiertos), realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) en el transcurso de 15 días a partir de la recepción de la reclamación.

Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en el transcurso de 15 días a partir de la recepción de la reclamación. Tendrá 45 días calendario para enviar la información. Si recibimos la información en un plazo de 45 días, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) por escrito, en un plazo de 15 días a partir de la recepción de la información. Si no recibimos toda la información necesaria dentro de los 45 días, realizaremos una determinación dentro de los 15 días calendario posteriores al final del período de 45 días.
- 2. Revisiones urgentes previas al servicio.** Con respecto a las solicitudes urgentes previas al servicio, si tenemos toda la información necesaria para realizar una determinación, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) por teléfono, en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Se enviará una notificación por escrito dentro de los tres (3) días calendario posteriores a la decisión. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. A continuación, tendrá 48 horas para enviar la información. Realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) por teléfono en un plazo de 48 horas desde que recibamos la información o hasta que finalice el período de 48 horas, lo que ocurra primero. Se enviará una notificación por escrito dentro de los tres (3) días calendario posteriores a la decisión.

G. Determinaciones de reclamaciones posteriores al servicio

Una reclamación posterior al servicio es una solicitud de un servicio o tratamiento que usted ya ha recibido. Si tenemos toda la información necesaria para realizar una determinación con respecto a una reclamación posterior al servicio, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la reclamación si rechazamos la reclamación en su totalidad o en parte. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en el transcurso de 30 días calendario. A continuación, tendrá 45 días calendarios para proporcionar la información. Realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) por escrito en el transcurso de 15 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la información o al final del período de 45 días, lo que ocurra primero, si rechazamos la reclamación en su totalidad o en parte.

H. Pago de reclamaciones

Cuando nuestra obligación de pagar una reclamación sea razonablemente clara, pagaremos la reclamación en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la reclamación (cuando se envíe por Internet o correo electrónico) y 45 días a partir de la recepción de la reclamación (cuando se envíe por otros medios, incluido en papel o por fax). Si solicitamos información adicional, pagaremos la reclamación dentro de los 15 días posteriores a nuestra determinación de que el pago vence, pero a más tardar 30 días (para reclamaciones enviadas a través de Internet o por correo electrónico) o 45 días (para reclamaciones enviadas a través de otros medios, incluido en papel o por fax) a partir de la recepción de la información.

Sección XVIII

Procedimientos de quejas

A. Quejas formales

Nuestro procedimiento de queja formal se aplica a cualquier problema que no esté relacionado con una necesidad médica o una determinación experimental o de investigación por nuestra parte. Por ejemplo, se aplica a las denegaciones de beneficios contractuales o a los problemas o inquietudes que usted tenga con respecto a nuestras políticas administrativas o el acceso a los proveedores.

B. Presentación de una queja formal

Puede comunicarse con nosotros por teléfono al **1-866-265-1893**, TTY **711**, o por escrito para presentar una queja formal. Puede presentar una queja oral en relación con la denegación de una derivación o una determinación de beneficio cubierto. Podemos exigirle que firme un acuse de recibo por escrito de su queja formal oral, preparado por nosotros. Usted o la persona designada tienen hasta 180 días calendario desde que recibió la decisión. Nos está pidiendo que revisemos para presentar la queja formal. Cuando recibamos su queja formal, le enviaremos por correo postal una carta de acuse de recibo en el transcurso de 15 días hábiles. La carta de acuse de recibo incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que maneja su queja formal, e indicará qué información adicional, si la hubiera, debe proporcionarse.

Mantenemos la confidencialidad de todas las solicitudes y conversaciones y no tomaremos ninguna medida discriminatoria debido a su problema. Tenemos un proceso para quejas formales estándar y aceleradas, dependiendo de la naturaleza de su consulta.

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

C. Determinación de quejas formales

El personal calificado revisará su queja formal o, si se trata de un asunto clínico, un profesional de atención médica autorizado, certificado o registrado la analizará. Decidiremos la queja formal y le notificaremos en los siguientes plazos:

<u>Quejas formales aceleradas/urgentes:</u>	Por teléfono, dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de toda la información necesaria o 72 horas posteriores a la recepción de su queja formal, lo que ocurra primero. Se proporcionará una notificación por escrito dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su queja formal.
<u>Quejas formales previas al servicio:</u> (Una solicitud de un servicio o tratamiento que aún no se ha proporcionado).	Por escrito, dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su queja formal.
<u>Quejas formales posteriores al servicio:</u> (Una reclamación por un servicio o tratamiento que ya se ha proporcionado).	Por escrito, dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de toda la información necesaria, a más tardar 60 días después de la recepción de su queja formal.
<u>Todas las demás quejas formales:</u> (Que no están relacionadas con una reclamación o solicitud de un servicio o tratamiento).	Por escrito, dentro de los 45 días calendario posteriores a la recepción de toda la información necesaria, pero no más de 60 días calendario posteriores a la recepción de su queja formal.

D. Asistencia

Si permanece insatisfecho con nuestra determinación de queja formal, o en cualquier otro momento que esté insatisfecho, puede:

Llamar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125 o escribirnos 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

Sitio web: www.health.ny.gov

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, también puede comunicarse con el Programa de Asistencia al Consumidor independiente del estado al:

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

O llamar al número gratuito: **1-888-614-5400**, o enviar un correo electrónico a **cha@cssny.org**

Sitio web: **www.communityhealthadvocates.org**

Sección XIX

Revisión de utilización

A. Revisión de utilización

Revisamos los servicios de salud para determinar si los servicios son o fueron médicamente necesarios o experimentales o en investigación (“médicamente necesarios”). Este proceso se denomina revisión de utilización. La revisión de utilización incluye todas las actividades de revisión, tanto si tienen lugar antes de la prestación del servicio (autorización previa); cuando se realiza el servicio (concurrente); o después de la prestación del servicio (retrospectivo). Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de revisión de utilización, llame al **1-866-265-1893**, TTY **711**. El número de teléfono gratuito 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 realizadas por: 1) médicos autorizados; o 2) profesionales de atención médica con licencia, certificados, registrados o acreditados que pertenezcan a la misma profesión y a la misma especialidad o una especialidad similar que el proveedor que normalmente gestiona su enfermedad o afección médica o que proporciona el servicio de atención médica bajo revisión; o 3) con respecto al tratamiento de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias, médicos con licencia o profesionales de atención médica con licencia, certificados, registrados o acreditados que se especializan en salud conductual y tienen experiencia en la administración de ciclos de tratamiento de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias. No compensamos ni proporcionamos incentivos financieros a nuestros empleados o revisores por determinar que los servicios no son médicamente necesarios.

Hemos desarrollado pautas y protocolos para ayudarnos en este proceso. Utilizaremos herramientas de criterios de revisión clínica basadas en evidencia y revisadas por pares que sean apropiadas para la edad del paciente y designadas por la Oficina de Servicios de Abuso de Alcohol y Sustancias (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias o aprobadas para su uso por la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH) para el tratamiento de la salud mental. Las pautas y los protocolos específicos están disponibles para su revisión a solicitud. Para obtener más información, llame al **1-866-265-1893**, TTY **711** o visite nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**.

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

B. Revisiones de autorización previa

1. **Revisiones de autorización previa no urgentes.** Si tenemos toda la información necesaria para realizar una determinación con respecto a una revisión de autorización previa, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en el transcurso de tres (3) días hábiles a partir de la recepción de la solicitud.

Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en el transcurso de tres (3) días hábiles. Usted o su proveedor tendrán entonces 45 días calendario para enviar la información. Si recibimos la información solicitada en el transcurso de 45 días, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en el transcurso de tres (3) días hábiles a partir de la recepción de la información. Si no recibimos toda la información necesaria dentro de los 45 días, realizaremos una determinación dentro de los 15 días calendario desde la recepción de parte de la información solicitada o el final del período de 45 días, lo que ocurra primero.

2. **Revisiones de autorización previa urgentes.** Con respecto a las solicitudes urgentes de autorización previa, si tenemos toda la información necesaria para realizar una determinación, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) y su proveedor, por teléfono, en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Se proporcionará una notificación por escrito dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Usted o su proveedor dispondrán de 48 horas para enviar la información. Realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) y a su proveedor por teléfono y por escrito en un plazo de 48 horas desde que recibamos la información o al final del período de 48 horas, lo que ocurra primero.
3. **Tratamiento ordenado por el tribunal.** Con respecto a las solicitudes de servicios de salud mental y/o trastornos por consumo de sustancias que aún no se han proporcionado, si usted (o su persona designada) certifica, en un formato prescrito por el Superintendente de Servicios Financieros, que comparecerá, o ha comparecido, ante un tribunal de jurisdicción competente y puede estar sujeto a una orden judicial que requiera dichos servicios, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) y a su proveedor por teléfono en un plazo de 72 horas desde la recepción de la solicitud. Se proporcionará una notificación por escrito dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a nuestra recepción de la solicitud. Cuando sea factible, también se proporcionará al tribunal la notificación telefónica y por escrito.
4. **Revisiones de los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados.** Después de recibir una solicitud de autorización previa para la cobertura de servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados después de una admisión hospitalaria proporcionados por un hospital o centro de enfermería especializada, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en el plazo de un (1) día hábil desde la recepción de la información necesaria.

- 5. Centros de estabilización de crisis.** La cobertura de los servicios prestados en los centros de estabilización de crisis participantes con licencia en virtud de la sección 36.01 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York no está sujeta a autorización previa. Podemos revisar retrospectivamente el tratamiento proporcionado en los centros de estabilización de crisis para determinar si es médicamente necesario y utilizaremos herramientas de revisión clínica designadas por la OASAS o aprobadas por la OMH. Si se niega cualquier tratamiento en un centro de estabilización de crisis participante por no ser médicamente necesario, usted solo es responsable de cualquier costo compartido que de otro modo se aplicaría a su tratamiento.

C. Revisiones concurrentes

- 1. Revisiones concurrentes no urgentes.** Las decisiones de revisión de utilización para los servicios durante el ciclo de atención (revisiones concurrentes) se tomarán, y se le notificará a usted (o a su persona designada) 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 en el plazo de un (1) día hábil. Usted o su proveedor tendrán entonces 45 días calendario para enviar la información. Realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en el plazo de un (1) día hábil a partir de nuestra recepción de la información o, si no recibimos la información, en un plazo de 15 días calendario; a partir de la recepción de parte de la información de solicitud o 15 días calendario a partir del final del período de 45 días, lo que ocurra primero.
- 2. Revisiones concurrentes urgentes.** Para las revisiones concurrentes que impliquen una extensión de la atención de urgencia, si la solicitud de cobertura se realiza al menos 24 horas antes del vencimiento de un tratamiento aprobado previamente, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) y a su proveedor por teléfono en un plazo de 24 horas desde la recepción de la solicitud. Se proporcionará una notificación por escrito en el plazo de un (1) día hábil desde la recepción de la solicitud.
Si la solicitud de cobertura no se realiza al menos 24 horas antes del vencimiento de un tratamiento aprobado previamente y tenemos toda la información necesaria para realizar una determinación, realizaremos una determinación y le notificaremos por escrito a usted (o a su persona designada) y a su proveedor en el plazo de 72 horas o un (1) día hábil desde la recepción de la solicitud, lo que ocurra primero. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Usted o su proveedor dispondrán de 48 horas para enviar la información. Realizaremos una determinación y le notificaremos por escrito a usted (o a su persona designada) y a su proveedor en el plazo de un (1) día hábil o 48 horas desde que recibamos la información o, si no recibimos la información, en el plazo de 48 horas desde el final del período de 48 horas, lo que ocurra primero.
- 3. Revisiones de atención médica domiciliaria.** Después de recibir una solicitud de cobertura de servicios de atención domiciliaria después de una admisión hospitalaria, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) 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 siguiente a la solicitud cae en fin de semana o feriado, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) y a su proveedor en un plazo de 72 horas desde la recepción de la información necesaria. Cuando recibamos una solicitud de servicios de atención domiciliaria y toda la información necesaria antes de su alta hospitalaria, no denegaremos la cobertura de servicios de atención domiciliaria mientras nuestra decisión sobre la solicitud esté pendiente.

-
4. **Revisiones del tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados.** Si se nos envía una solicitud de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias como mínimo 24 horas antes del alta de una admisión hospitalaria para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, realizaremos una determinación dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud y proporcionaremos cobertura para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados mientras nuestra determinación esté pendiente.
 5. **Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados en centros participantes certificados por la OASAS.** La cobertura para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados en un centro participante certificado por la OASAS no está sujeta a autorización previa. La cobertura no estará sujeta a la revisión concurrente durante los primeros 28 días de la admisión hospitalaria si el centro certificado por la OASAS nos notifica tanto la admisión como el plan de tratamiento inicial en un plazo de dos (2) días hábiles desde la admisión. Después de los primeros 28 días de la admisión hospitalaria, podemos revisar toda la estancia para determinar si es médicamente necesaria y utilizaremos la herramienta de revisión clínica designada por la OASAS. Si alguna parte de la estancia se niega por no ser médicamente necesaria, usted solo es responsable del costo compartido dentro de la red que de otro modo se aplicaría a su admisión hospitalaria.
 6. **Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios en centros participantes certificados por la OASAS.** La cobertura de rehabilitación ambulatoria, ambulatoria intensiva y ambulatoria y el tratamiento con opioides en un centro participante certificado por la OASAS no está sujeta a autorización previa. La cobertura no estará sujeta a revisión concurrente durante las primeras cuatro (4) semanas de tratamiento continuo, sin exceder las 28 visitas, si el centro certificado por OASAS nos notifica tanto el inicio del tratamiento como el plan de tratamiento inicial en un plazo de dos (2) días hábiles. Después de las primeras cuatro (4) semanas de tratamiento continuo, sin exceder las 28 visitas, podemos revisar todo el tratamiento ambulatorio para determinar si es médicamente necesario y utilizaremos herramientas de revisión clínica designadas por la OASAS. Si alguna parte del tratamiento para pacientes ambulatorios se niega por no ser médicamente necesario, usted solo es responsable del costo compartido dentro de la red que de otro modo se aplicaría a su tratamiento para pacientes ambulatorios.

D. Revisiones retrospectivas

Si tenemos toda la información necesaria para realizar una determinación con respecto a una reclamación retrospectiva, realizaremos una determinación y se lo notificaremos a usted y a su proveedor en el transcurso de 30 días calendario a partir de la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en el transcurso de 30 días calendario. Usted o su proveedor tendrán entonces 45 días calendario para proporcionar la información. Realizaremos una determinación y le notificaremos a usted y su proveedor por escrito en el transcurso de 15 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la información o al final del período de 45 días.

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

E. Revisión retrospectiva de servicios autorizados previamente

Solo podemos revertir un tratamiento, servicio o procedimiento autorizado previamente en la revisión retrospectiva cuando:

- la información médica relevante que se nos presenta tras la revisión retrospectiva es sustancialmente diferente de la información presentada durante la revisión de autorización previa;
- la información médica relevante que se nos presenta tras la revisión retrospectiva existía en el momento de la autorización previa, pero se retuvo o no se puso a nuestra disposición;
- no teníamos conocimiento de la existencia de dicha información en el momento de la revisión de autorización previa; y
- si hubiéramos tenido conocimiento de dicha información, el tratamiento, servicio o procedimiento solicitado no habría sido autorizado. La determinación se realiza utilizando los mismos estándares, criterios o procedimientos específicos utilizados durante la revisión de autorización previa.

F. Determinaciones de anulación de terapia escalonada

Usted, su persona designada o su profesional de atención médica pueden solicitar una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada para la cobertura de un medicamento recetado seleccionado por su profesional de atención médica.

Al realizar la revisión de utilización para una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada, utilizaremos criterios de revisión clínica reconocidos basados en evidencia y revisados por pares que sean adecuados para usted y su afección médica.

1. **Justificación y documentación de apoyo.** Una solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada debe incluir justificación y documentación de respaldo de un profesional de atención médica, que demuestre que:
 - el medicamento recetado requerido está contraindicado o probablemente le cause una reacción adversa o daño físico o mental;
 - se espera que el medicamento recetado requerido no sea efectivo en función de su historial clínico conocido, su afección y su régimen de medicamentos recetados;
 - ha probado el medicamento recetado requerido mientras estaba cubierto por nosotros o bajo su cobertura de seguro médico anterior, u otro medicamento recetado en la misma clase farmacológica o con el mismo mecanismo de acción, y ese medicamento recetado se interrumpió debido a falta de eficacia o efectividad, efecto disminuido o un evento adverso;
 - usted se mantiene estable con un medicamento recetado seleccionado por su profesional de atención médica para su afección médica, siempre que esto no nos impida exigirle que pruebe un equivalente genérico con calificación AB; o
 - el medicamento recetado requerido no es lo mejor para usted porque probablemente le causará una barrera significativa a su acatamiento o cumplimiento de su plan de atención, probablemente empeorará una afección comórbida o probablemente disminuirá su capacidad para lograr o mantener una capacidad funcional razonable en la realización de las actividades diarias.

-
2. **Revisión estándar.** Realizaremos una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada y le notificaremos a usted (o a su persona designada) y, cuando proceda, a su profesional de atención médica, en un plazo de 72 horas desde la recepción de la justificación y documentación de respaldo.
 3. **Revisión acelerada.** Si tiene una afección médica que pone en grave peligro su salud sin el medicamento recetado por su profesional de atención médica, realizaremos una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada en un plazo de 24 horas desde la recepción de la justificación y documentación de respaldo.

Si la justificación y la documentación de respaldo requeridas no se presentan con una solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada, solicitaremos la información en un plazo de 72 horas para la autorización previa y las revisiones retrospectivas, lo que sea menor entre 72 horas o un (1) día hábil para las revisiones concurrentes y 24 horas para las revisiones aceleradas. Usted o su profesional de atención médica tendrán 45 días calendario para enviar la información para revisiones de autorización previa, concurrentes y retrospectivas, y 48 horas para revisiones aceleradas. Para las revisiones de autorización previa, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su representante) y a su profesional de atención médica en un plazo de 72 horas desde que recibamos la información o 15 días calendario desde el final del período de 45 días si no se recibe la información, lo que ocurra primero. Para las revisiones concurrentes, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su representante) y a su profesional de atención médica en un plazo de 72 horas o un (1) día hábil desde que recibamos la información o 15 días calendario desde el final del período de 45 días si no se recibe la información, lo que ocurra primero. Para las revisiones retrospectivas, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su representante) y a su profesional de atención médica en un plazo de 72 horas desde que recibamos la información o 15 días calendario desde el final del período de 45 días si no se recibe la información, lo que ocurra primero. Para las revisiones urgentes, realizaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su persona designada) y a su profesional de atención médica en un plazo de 24 horas desde que recibamos la información o 48 horas desde el final del período de 48 horas si no se recibe la información, lo que ocurra primero.

Si no realizamos una determinación en un plazo de 72 horas (o 24 horas para revisiones urgentes) desde la recepción de la justificación y documentación de respaldo, se aprobará la solicitud de anulación del protocolo de terapia escalonada.

Si determinamos que el protocolo de terapia escalonada debe anularse, autorizaremos la cobertura inmediata del medicamento recetado por el profesional de atención médica que le brinda tratamiento. Una determinación de anulación de terapia escalonada adversa es elegible para una apelación.

G. Reconsideración

Si no intentamos consultar con su proveedor que recomendó el servicio cubierto antes de realizar una determinación adversa, el proveedor puede solicitar la reconsideración por parte del mismo revisor de pares clínicos que realizó la determinación adversa o un revisor de pares clínicos designado si el revisor de pares clínico original no está disponible. Para las revisiones de autorización previa y concurrentes, la reconsideración tendrá lugar en el plazo de un (1) día hábil desde la solicitud de reconsideración. Si se confirma la determinación adversa, se le notificará a usted y a su proveedor, por teléfono y por escrito.

H. Revisión de utilización de apelaciones internas

Usted, su representante y, en casos de revisión retrospectiva, su proveedor, pueden solicitar una apelación interna de una determinación adversa, ya sea por teléfono, en persona o por escrito.

Usted tiene hasta 180 días calendario después de que reciba la notificación de la determinación adversa de presentar una apelación. Acusaremos recibo de su solicitud de una apelación interna dentro de los 15 días calendario posteriores a la recepción. Este acuse de recibo, si es necesario, le brindará cualquier información adicional necesaria antes de que se pueda tomar una decisión. La apelación será decidida por un revisor de pares clínico que no esté subordinado al revisor de pares clínico que realizó la determinación adversa inicial y que sea (1) un médico o (2) un profesional de atención médica en la misma especialidad o en una especialidad similar que el proveedor que normalmente maneja la enfermedad o afección en cuestión.

1. **Denegación de 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 determinemos que el servicio de salud fuera de la red no es sustancialmente diferente de un servicio de salud dentro de la red disponible. La denegación de un servicio de salud fuera de la red es un servicio proporcionado por un proveedor no participante, pero solo cuando el servicio no está disponible de un proveedor participante. Usted no es elegible para una apelación de revisión de utilización si el servicio que solicita está disponible a través de un proveedor participante, incluso si el proveedor no participante tiene más experiencia en el diagnóstico o tratamiento de su afección. (Dicha apelación se tratará como una queja formal). Para una apelación de revisión de utilización de denegación de un servicio de salud fuera de la red, usted o la persona que usted designe deben presentar:
 - una declaración por escrito de su médico de cabecera, que debe ser un médico con licencia, certificado por la junta o elegible para la junta, calificado para ejercer en el área de ejercicio especializado apropiada para tratar su afección, de que el servicio de salud fuera de la red solicitado es sustancialmente diferente del servicio de salud alternativo disponible de un proveedor participante que hayamos aprobado para tratar su afección; y
 - dos (2) documentos de la evidencia médica y científica disponible de que el servicio fuera de la red: 1) probablemente sea más beneficioso desde el punto de vista clínico para usted que el servicio dentro de la red alternativo; y 2) que el riesgo adverso del servicio fuera de la red probablemente no aumentaría sustancialmente sobre el servicio de salud dentro de la red.
2. **Denegación de autorización fuera de la red.** También tiene derecho a apelar la denegación de una solicitud de autorización a un proveedor no participante cuando determinemos que tenemos un proveedor participante con la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención médica particulares que pueda 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 su persona designada deben enviar una declaración por escrito de su médico de cabecera, quien debe ser un médico autorizado, certificado por la junta o elegible para la junta calificado para ejercer en el área de ejercicio especializado apropiada para tratar su afección:
 - que el proveedor participante recomendado por nosotros no tenga la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención médica particulares para el servicio de atención médica; y
 - Recomendar a un proveedor no participante con la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención médica particulares que pueda proporcionar el

servicio de atención médica solicitado.

I. Apelación de primer nivel

- 1. Apelación de autorización previa.** Si su apelación se relaciona con una solicitud de autorización previa, decidiremos la apelación dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de apelación. Se le notificará por escrito la determinación a usted (o a su persona designada) y, cuando corresponda, a su proveedor, en el transcurso de dos (2) días hábiles después de que se realice la determinación, a más tardar 30 días calendario después de la recepción de la solicitud de apelación.
- 2. Apelación retrospectiva.** Si su apelación se refiere a una reclamación retrospectiva, decidiremos la apelación en un plazo de 30 días calendario desde la recepción de la información necesaria para llevar a cabo la apelación o 60 días desde la recepción de la apelación, lo que ocurra primero. Se le notificará por escrito la determinación a usted (o a su persona designada) y, cuando corresponda, a su proveedor, en el transcurso de dos (2) días hábiles después de que se realice la determinación, a más tardar 60 días calendario después de la recepción de la solicitud de apelación.
- 3. Apelación acelerada.** La apelación de una revisión de servicios de atención médica continuados o extendidos, servicios adicionales prestados en un ciclo de tratamiento continuo, servicios de atención médica domiciliaria después del alta hospitalaria, servicios en los que un proveedor solicita una revisión inmediata, servicios de salud mental y/o trastorno por consumo de sustancias que pueden estar sujetos a una orden judicial, o cualquier otro asunto urgente se manejará de forma urgente. No se dispone de una apelación acelerada para revisiones retrospectivas. Para una apelación acelerada, su proveedor tendrá acceso razonable al revisor de pares clínico asignado a la apelación en el plazo de un (1) día hábil desde la recepción de la solicitud de una apelación. Su proveedor y un revisor de pares clínico pueden intercambiar información por teléfono o fax. Se determinará una apelación acelerada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la apelación o dos (2) días hábiles posteriores a la recepción de la información necesaria para llevar a cabo la apelación, lo que ocurra primero. Se le notificará por escrito la determinación a usted (o a su representante) dentro de las 24 horas posteriores a la determinación, pero a más tardar 72 horas después de la recepción de la solicitud de apelación.
Nuestra falta de presentación de una determinación de su apelación dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la información necesaria para una apelación estándar o dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la recepción de la información necesaria para una apelación acelerada se considerará una anulación de la determinación adversa inicial.
- 4. Apelación para trastornos por consumo de sustancias.** Si rechazamos una solicitud de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados que se presentó al menos 24 horas antes del alta hospitalaria, y usted o su proveedor presentan una apelación interna acelerada de nuestra determinación adversa, decidiremos la apelación dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud de apelación. Si usted o su proveedor presentan la apelación interna acelerada y una apelación externa acelerada dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de nuestra determinación adversa, también proporcionaremos cobertura para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados mientras esté pendiente una determinación sobre la apelación interna y la apelación externa.

J. Revisión completa y justa de una apelación

Le proporcionaremos, de forma gratuita, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, en la que confiemos o generada por nosotros o cualquier justificación nueva o adicional en relación con su apelación. La evidencia o justificación se proporcionará lo antes posible y con suficiente antelación a la fecha en la que se requiera proporcionar la notificación de la determinación adversa final para darle una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha.

K. Asistencia para apelaciones

Si necesita asistencia para presentar una apelación, puede comunicarse con el Programa de Asistencia al Consumidor independiente del estado al:

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

O llame al número gratuito: 1-888-614-5400, o envíe un correo electrónico a cha@cssny.org
Sitio web: www.communityhealthadvocates.org

Sección XX

Apelación externa

A. Su derecho a una apelación externa

En algunos casos, tiene derecho a una apelación externa de una denegación de cobertura. Si hemos denegado la cobertura sobre la base de que un servicio no es médicamente necesario (incluida la idoneidad, el entorno de atención médica, el nivel de atención o la efectividad de un beneficio cubierto); o es un tratamiento experimental o en investigación (incluidos ensayos clínicos y tratamientos para enfermedades raras); o es un tratamiento fuera de la red, o es un servicio de emergencia o una factura sorpresa (incluido si se aplicó el costo compartido correcto) usted o su representante pueden apelar esa decisión a un agente de apelación externa, un tercero independiente certificado por el estado para llevar a cabo estas apelaciones.

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

- El servicio, procedimiento o tratamiento debe ser de otro modo un servicio cubierto en virtud de este Contrato; y
- En general, debe haber recibido una determinación adversa final a través de nuestro proceso de apelación interna. Sin embargo, puede presentar una apelación externa aunque no haya recibido una determinación adversa final a través de nuestro proceso de apelación interna si:
 - aceptamos por escrito renunciar a la apelación interna. no estamos obligados a aceptar su solicitud para 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 la revisión de utilización (que no sea una infracción menor que no sea probable que le cause perjuicios o daños a usted, y demostramos que la infracción fue por una buena causa o debido a asuntos ajenos a nuestro control y que la infracción se produjo durante un intercambio de información continuo y de buena fe entre usted y nosotros).

B. Su derecho a apelar la determinación de que un servicio no es médicamente necesario

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

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

Si hemos denegado la cobertura sobre la base de que el servicio es un tratamiento experimental o en investigación (incluidos ensayos clínicos y tratamientos para enfermedades raras), debe cumplir los dos (2) requisitos para una apelación externa en el párrafo “A” anterior y su médico responsable debe certificar que su afección o enfermedad es una para la cual:

1. los servicios sanitarios estándar son ineficaces o médicamente inapropiados; o
2. no existe un servicio o procedimiento estándar más beneficioso que nosotros cubramos; o
3. existe un ensayo clínico o tratamiento de enfermedades raras (según lo definido por la ley).

Además, su médico de cabecera debe haber recomendado una (1) de las siguientes opciones:

1. Un servicio, procedimiento o tratamiento que dos (2) documentos de evidencia médica y científica disponibles indiquen que es probable que sea más beneficioso para usted que cualquier servicio cubierto estándar (solo se considerarán ciertos documentos en apoyo de esta recomendación; su médico de cabecera debe comunicarse con el Estado para obtener información actualizada sobre qué documentos se considerarán o aceptarán); o
2. un ensayo clínico para el que usted es elegible (solo se pueden considerar ciertos ensayos clínicos); o
3. un tratamiento para enfermedades raras para el cual su médico de cabecera certifica que no existe un tratamiento estándar que probablemente sea más beneficioso desde el punto de vista clínico para usted que el servicio solicitado, el servicio solicitado probablemente le beneficie en el tratamiento de su enfermedad rara y dicho beneficio supera el riesgo del servicio. Además, el médico que lo asiste debe certificar que su afección es una enfermedad rara que actualmente o anteriormente fue objeto de un estudio de investigación por parte de la Red de Investigación Clínica de Enfermedades Raras de los Institutos Nacionales de Salud o que afecta a menos de 200,000 residentes estadounidenses por año.

A los efectos de esta sección, su médico de cabecera debe ser un médico autorizado, certificado por la junta o elegible para la junta calificado para ejercer en el área adecuada para tratar su afección o enfermedad. Además, para un tratamiento de enfermedades raras, el médico de cabecera puede no ser su médico de cabecera.

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

Si hemos denegado la cobertura de un tratamiento fuera de la red porque no es sustancialmente diferente del servicio de salud disponible dentro de la red, usted puede apelar a un agente de apelación externa si cumple con los dos (2) requisitos para una apelación externa en el párrafo “A” anterior, y ha solicitado una autorización previa para el tratamiento fuera de la red.

Además, su médico de cabecera debe certificar que el servicio fuera de la red es sustancialmente diferente del servicio de salud dentro de la red recomendado alternativo, y en base a dos (2) documentos de evidencia médica y científica disponible, es probable que sea más beneficioso desde el punto de vista clínico que el tratamiento dentro de la red alternativo y que el riesgo adverso del servicio de salud solicitado probablemente no aumentaría sustancialmente sobre el servicio de salud dentro de la red alternativo.

A los efectos de esta sección, su médico de cabecera debe ser un médico con licencia, certificado por la junta o elegible por la junta para ejercer en el área de especialidad apropiada para brindarle tratamiento para el servicio de salud.

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

Si hemos denegado la cobertura de una solicitud de autorización a un proveedor no participante porque determinamos que tenemos un proveedor participante con la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención médica particulares que puede proporcionar el servicio de atención médica solicitado, usted puede apelar a un agente de apelación externa si cumple con los dos (2) requisitos para una apelación externa en el párrafo “A” anterior.

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

A los efectos de esta sección, su médico de cabecera debe ser un médico con licencia, certificado por la junta o elegible por la junta para ejercer en el área de especialidad apropiada para brindarle tratamiento para el servicio de salud.

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

Si hemos denegado su solicitud de cobertura de un medicamento recetado no incluido en el formulario a través de nuestro proceso de excepción del formulario, usted, su representante o el profesional de atención médica que receta pueden apelar la denegación de excepción del formulario a un agente de apelación externa. Consulte la sección Cobertura de medicamentos recetados de este Contrato para obtener más información sobre el proceso de excepción del formulario.

G. El proceso de apelación externa

Tiene cuatro (4) meses desde la recepción de una determinación adversa final o desde la recepción de una renuncia del proceso de apelación interna para presentar una solicitud por escrito de apelación externa. Si está presentando una apelación externa sobre la base de nuestro incumplimiento de los requisitos de procesamiento de reclamaciones, tiene cuatro (4) meses a partir de dicho incumplimiento para presentar una solicitud por escrito de 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 renuncia por escrito de una apelación interna. También puede solicitar una solicitud de apelación externa al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York llamando al 1-800-400-8882. Envíe la solicitud completa al Departamento de Servicios Financieros a la dirección indicada en la solicitud. Si usted cumple con los criterios para una apelación externa, el Estado enviará la solicitud a un agente de apelación externa certificado.

Puede enviar documentación adicional con su solicitud de apelación externa. Si el agente de apelación externa determina que la información que usted envía representa un cambio sustancial de la información en la que basamos nuestra denegación, el agente de apelación externa compartirá esta información con nosotros para que podamos ejercer nuestro derecho a reconsiderar nuestra decisión. Si decidimos ejercer este derecho, tendremos tres (3) días hábiles para modificar o confirmar nuestra decisión. Tenga en cuenta que en el caso de una apelación externa acelerada (descrita a continuación), no tenemos derecho a reconsiderar nuestra decisión.

En general, el agente de apelación externa debe tomar una decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud completada. El agente de apelación externa puede solicitar información adicional de usted, su médico o nosotros. Si el agente de apelación externa solicita información adicional, tendrá cinco (5) días hábiles adicionales para tomar su decisión. El agente de apelación externa debe notificarle a usted por escrito su decisión en un plazo de dos (2) días hábiles.

Si el médico de cabecera certifica que una demora en la prestación del servicio que ha sido denegado representa una amenaza inminente o grave para su salud; o si su médico de cabecera certifica que el plazo de apelación externa estándar pondría en grave peligro su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima; o si usted recibió servicios de emergencia y no ha sido dado de alta de un centro y la denegación se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, o estadía continua, puede solicitar una apelación externa acelerada. En ese caso, el agente de apelación externa debe tomar una decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud completada. Inmediatamente después de tomar una decisión, el agente de apelación externa debe notificarnos a usted y a nosotros por teléfono o fax dicha decisión. El agente de apelación externa también debe notificarle por escrito su decisión.

Si su solicitud interna de excepción del formulario recibió una revisión estándar a través de nuestro proceso de excepción del formulario, el agente de apelación externa debe tomar una decisión sobre su apelación externa y notificarle a usted o a su representante y al profesional de atención médica que receta por teléfono dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud completada. El agente de apelación externa lo notificará a usted o a su representante y al profesional de atención médica que receta por escrito en un plazo de dos (2) días hábiles a partir de la realización de una determinación. Si el agente de apelación externa anula nuestra denegación, cubriremos el

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

medicamento recetado mientras usted esté tomando el medicamento recetado, incluyendo cualquier resurtido.

Si su solicitud interna de excepción del formulario recibió una revisión acelerada a través de nuestro proceso de excepción del formulario, el agente de apelación externa debe tomar una decisión sobre su apelación externa y notificarle a usted o a su representante y al profesional de atención médica que receta por teléfono dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud completada. El agente de apelación externa lo notificará a usted o a su representante y al profesional de atención médica que receta por escrito en un plazo de dos (2) días hábiles a partir de la realización de una determinación. Si el agente de apelación externa anula nuestra denegación, cubriremos el medicamento recetado mientras usted padezca la afección médica que pueda poner en grave peligro su salud, vida o capacidad para recuperar la función máxima o durante su ciclo de tratamiento actual con el medicamento recetado.

Si el agente de apelación externa anula nuestra decisión de que un servicio no es médicamente necesario o aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o en investigación o un tratamiento fuera de la red, proporcionaremos cobertura sujeto a los otros términos y condiciones de este Contrato. Tenga en cuenta que si el agente de apelación externa aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o en investigación que forma parte de un ensayo clínico, solo cubriremos el costo de los servicios necesarios para proporcionarle el tratamiento de acuerdo con el diseño del ensayo. No seremos responsables de los costos de los fármacos o dispositivos en investigación, los costos de los servicios no sanitarios, los costos de la gestión de la investigación o los costos que no estarían cubiertos en virtud de este Contrato para los tratamientos no en investigación proporcionados en el ensayo clínico.

La decisión del agente de apelación externa es vinculante tanto para usted como para nosotros. La decisión del agente de apelación externa es admisible en cualquier proceso judicial.

H. Sus responsabilidades

Es su responsabilidad iniciar el proceso de apelación externa. Puede iniciar el proceso de apelación externa presentando una solicitud completada ante el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. Puede designar a un representante para que le ayude con su solicitud; sin embargo, el Departamento de Servicios Financieros puede comunicarse con usted y solicitar que usted confirme por escrito que ha designado al representante.

En virtud de la ley del Estado de Nueva York, su solicitud completada de apelación externa debe presentarse dentro de los cuatro (4) meses posteriores a la fecha en que usted reciba una determinación adversa final, o a la fecha en que usted reciba una renuncia por escrito de cualquier apelación interna, o a nuestro incumplimiento de los requisitos de procesamiento de reclamaciones. No tenemos autoridad para extender esta fecha límite.

Sección XXI

Rescisión de la cobertura

El presente Contrato podrá rescindirse de la siguiente manera:

A. Rescisión automática de este Contrato

Este Contrato se rescindirá automáticamente

1. En caso de su fallecimiento.
2. Cuando cumpla 65 años, su cobertura finalizará al final del mes en que cumpla 65 años o sea elegible para Medicare, lo que ocurra primero.
3. Cuando sea elegible para Medicaid o se inscriba en el Programa Medicaid, su cobertura finalizará al final del mes en que se determine que usted es elegible para Medicaid.
4. Cuando sus ingresos excedan el 200% del nivel de pobreza federal, su cobertura finalizará al final del mes en que sus ingresos hayan cambiado.
5. Cuando usted haya tenido un cambio en el estado de inmigración que lo haga elegible para otra cobertura, incluido Medicaid, y su cobertura finalizará al final del mes antes de que se determine que usted es elegible para Medicaid.
6. Cuando se haya inscrito en un programa diferente a través del Mercado de Seguros de Salud del Estado de Nueva York.
7. Cuando se haya inscrito en un seguro de salud patrocinado por el empleador asequible.

B. Rescisión por su parte

Puede rescindir este Contrato en cualquier momento mediante una notificación por escrito al NYSOH con al menos 14 días de antelación.

C. Rescisión por nuestra parte

Podemos rescindir este Contrato mediante una notificación por escrito con 30 días de antelación de la siguiente manera:

1. Falta de pago de las primas.

Las primas deben ser pagadas por usted a nosotros en cada fecha de vencimiento de la prima. Si bien cada prima vence a más tardar en la fecha de vencimiento, existe un período de gracia para cada pago de la prima. Si el pago de la prima no se recibe al final del período de gracia, la cobertura finalizará de la siguiente manera:

- Si usted no paga la prima requerida dentro de un período de gracia de 30 días, este Contrato finalizará el último día del período de gracia de 30 días. Usted no será responsable de pagar ninguna reclamación presentada durante el período de gracia si este Contrato se rescinde.

2. Fraude o tergiversación intencionada de hechos esenciales.

Si usted ha realizado un acto que constituye fraude o ha realizado una declaración falsa intencional de hechos esenciales por escrito en su solicitud de inscripción, o con el fin de obtener cobertura para un servicio, este Contrato finalizará inmediatamente después de una notificación por escrito a usted del NYSOH. Sin embargo, si realiza una tergiversación intencionada de hechos esenciales por escrito en su solicitud de inscripción, rescindiremos este Contrato si los hechos tergiversados nos hubieran llevado a negarnos a emitir este Contrato y la solicitud se adjunta a este Contrato. Rescisión significa que la rescisión de su cobertura tendrá un efecto retroactivo de hasta un (1) año a partir de la emisión de este Contrato.

3. Si ya no vive o reside en nuestro área de servicio.

4. La fecha en que se rescinde el Contrato porque dejamos de ofrecer la clase de contratos a los que pertenece este Contrato, sin tener en cuenta la experiencia de reclamaciones o el estado relacionado con la salud de este Contrato. Le notificaremos por escrito con al menos 90 días de anticipación.

5. La fecha en que se rescinde el Contrato porque rescindimos o dejamos de ofrecer toda la cobertura de gastos hospitalarios, quirúrgicos y médicos en el mercado de seguros individuales, en este Estado. Le notificaremos por escrito con al menos 180 días de anticipación.

Ninguna rescisión perjudicará el derecho a una reclamación por beneficios que surgieran antes de dicha rescisión.

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

Sección XXII

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 la suspensión temporal de la cobertura durante el servicio activo y al 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 unidades de la reserva para el servicio activo, siempre que dicho servicio activo adicional sea a solicitud y por conveniencia del gobierno federal; y
2. usted no cumple más de cinco (5) años de servicio activo.

Deberá solicitarnos por escrito que suspendamos su cobertura durante un período de servicio activo.

Una vez finalizado el servicio activo, su cobertura podrá reanudarse siempre y cuando usted:

Nos realice una solicitud por escrito.

Para la cobertura que se suspendió mientras estaba en servicio activo, la cobertura será retroactiva hasta la fecha en que finalice el servicio activo.

Sección XXIII

Disposiciones generales

1. Acuerdos entre nosotros y los proveedores participantes

Nosotros o los proveedores solo podremos rescindir cualquier acuerdo entre nosotros y los proveedores participantes. Este Contrato no requiere que ningún proveedor acepte a un suscriptor como paciente. No garantizamos la admisión de un suscriptor a ningún proveedor participante ni a ningún programa de beneficios de salud.

2. Cesión

Usted no puede ceder ningún beneficio en virtud de este Contrato ni reclamaciones legales en función de una denegación de beneficios o solicitud de documentos del plan a ninguna persona, corporación u otra organización. Cualquier cesión de beneficios o reclamaciones legales basada en una denegación de beneficios o solicitud de documentos del plan por parte de usted será nula e inaplicable. Cesión significa la transferencia a otra persona, corporación u otra organización de su derecho a los servicios prestados en virtud de este Contrato o su derecho a cobrarnos dinero por esos servicios o su derecho a demandar en función de una denegación de beneficios o solicitud de documentos del plan. Nada de lo contenido en este párrafo afectará su derecho a nombrar a una persona designada o representante según lo permita la ley aplicable.

3. Cambios en este Contrato

Podemos cambiar unilateralmente este Contrato tras la renovación, si le notificamos por escrito con 45 días de antelación.

4. Ley aplicable

Este Contrato se registrará por las leyes del Estado de Nueva York.

5. Errores de la oficina

El error administrativo, ya sea por usted o por nosotros, con respecto a este Contrato, o cualquier otra documentación emitida por nosotros en relación con este Contrato, o en el mantenimiento de cualquier registro relacionado con la cobertura en virtud del presente, no modificará o invalidará la cobertura válidamente en vigor o continuará la cobertura válidamente rescindida.

6. Conformidad con la ley

Cualquier término de este Contrato que entre en conflicto con la ley del Estado de Nueva York o con cualquier ley federal aplicable que imponga requisitos adicionales de lo que se requiere en virtud de la ley del Estado de Nueva York se modificará para cumplir con los requisitos mínimos de dicha ley.

7. Limitaciones de la continuación de beneficios

Algunos de los beneficios de este Contrato pueden limitarse a un número específico de visitas. No tendrá derecho a ningún beneficio adicional si su estado de cobertura cambia durante el año. Por ejemplo, su cobertura se rescinde y usted se inscribe en el producto más adelante durante el año.

8. Unicidad del instrumento contractual

El presente Contrato, incluidos los endosos, las cláusulas adicionales y las solicitudes adjuntas, si las hubiera, constituye la totalidad del Contrato.

9. Fraude y facturación abusiva

Tenemos procesos para revisar las reclamaciones antes y después del pago para detectar fraude y facturación abusiva. Los miembros que busquen servicios de proveedores no participantes podrían ser facturados por saldo por el proveedor no participante por aquellos servicios que se determine que no son pagaderos como resultado de una creencia razonable de fraude u otra conducta indebida intencionada o facturación abusiva.

10. Proporcionar información y auditoría

Usted nos proporcionará de inmediato toda la información y los registros que podamos requerir ocasionalmente para cumplir con nuestras obligaciones en virtud de este Contrato. Debe proporcionarnos información por teléfono por motivos como los siguientes: para permitirnos determinar el nivel de atención que necesita; para que podamos certificar la atención autorizada por su médico; o para tomar decisiones sobre la necesidad médica de su atención.

11. Tarjetas de Identificación

Las tarjetas de identificación ("ID") son emitidas por nosotros únicamente con fines de identificación. La posesión de una tarjeta de miembro no le da derecho a los servicios o beneficios de este Contrato. Para tener derecho a dichos servicios o beneficios, sus primas deben pagarse en su totalidad en el momento en que se pretenda recibir los servicios.

12. Incontestabilidad

Ninguna declaración realizada por usted en una solicitud de cobertura en virtud de este Contrato anulará el Contrato ni se utilizará en ningún procedimiento legal a menos que la solicitud o una copia

exacta se adjunte a este Contrato. Después de dos (2) años a partir de la fecha de emisión de este Contrato, no se utilizarán declaraciones erróneas, excepto las declaraciones erróneas fraudulentas realizadas por usted en la solicitud de cobertura, para anular el Contrato o rechazar una reclamación.

13. Contratistas independientes

Los proveedores participantes son contratistas independientes. No son nuestros agentes o empleados. Nosotros y nuestros empleados no somos agentes ni empleados de ningún proveedor participante. No somos responsables de ninguna reclamación o demanda a causa de daños que surjan de, o de alguna manera relacionados con, cualquier lesión supuestamente sufrida por usted mientras recibe atención de cualquier proveedor participante o en cualquier centro del proveedor participante.

14. Aportación en el desarrollo de nuestras políticas

Puede participar en el desarrollo de nuestras políticas enviando sus sugerencias por correo postal a:

UnitedHealthcare Community Plan
Member Services Department
One Penn Plaza, 8th Floor
New York, NY 10119

15. Accesibilidad al material

Le daremos tarjetas de identificación, contratos, cláusulas y otros materiales necesarios.

16. Más información sobre su plan de salud

Puede solicitar información adicional sobre su cobertura en virtud de este Contrato.

A solicitud de usted, le proporcionaremos la siguiente información:

- Una lista de los nombres, direcciones comerciales y puestos oficiales de nuestra junta directiva, directivos y miembros; y nuestro estado financiero certificado anual más reciente que incluye un balance y un resumen de los recibos y desembolsos.
- La información que proporcionamos al Estado con respecto a nuestras quejas del consumidor.
- Una copia de nuestros procedimientos para mantener la confidencialidad de la información del suscriptor.
- Una copia de nuestro formulario de medicamentos. También puede consultar si un medicamento específico está cubierto en virtud de este Contrato.
- Una descripción escrita de nuestro programa de garantía de calidad.
- Una copia de nuestra política médica con respecto a un medicamento experimental o en investigación, dispositivo médico o tratamiento en ensayos clínicos.
- Afiliaciones de proveedores con hospitales participantes.
- Una copia de nuestros criterios de revisión clínica y, cuando corresponda, otra información clínica que podamos considerar en relación con una enfermedad específica, ciclo de tratamiento o pautas de revisión de utilización.

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

- Procedimientos de solicitud por escrito y requisitos mínimos de calificación para proveedores.
- Documentos que contienen los procesos, estrategias, normas probatorias y otros factores utilizados para aplicar una limitación del tratamiento con respecto a los beneficios médicos/quirúrgicos y los beneficios de trastornos de salud mental o consumo de sustancias en virtud del Contrato.

17. Aviso

Cualquier notificación que le proporcionemos en virtud de este Contrato se enviará por correo postal a su dirección tal como aparece en nuestros registros o se entregará electrónicamente si usted da su consentimiento para la entrega electrónica. Si se le entrega una notificación en forma electrónica, también puede solicitarnos una copia de la notificación. Usted acepta notificarnos cualquier cambio de su dirección. Si tiene que notificarnos algo, debe enviarlo por correo postal de los EE. UU., de primera clase, con franqueo prepago a la dirección que figura en su tarjeta de identificación.

18. Pago de la prima

La prima del primer mes, si la hubiera, vence y es pagadera cuando usted solicita cobertura. La cobertura comenzará en la fecha de entrada en vigencia del Contrato según se define en el presente documento. Las primas posteriores vencen y son pagaderas el primer día de cada mes a partir de entonces.

19. Reembolso de la prima

Le reembolsaremos las primas, si corresponde, a usted.

20. Recuperación de sobrepagos

En ocasiones, se le podrá efectuar un pago cuando usted no esté cubierto, por un servicio que no esté cubierto o que sea más de lo adecuado. Cuando esto suceda, le explicaremos el problema y deberá devolvernos el monto del pago en exceso en el transcurso de 60 días después de recibir la notificación de nosotros. Sin embargo, no iniciaremos esfuerzos de recuperación de pagos en exceso más de 24 meses después de que se haya realizado el pago original, a menos que tengamos una creencia razonable de fraude u otra conducta indebida intencional.

21. Fecha de renovación

La fecha de renovación de este Contrato es 12 meses después de la fecha de entrada en vigencia de este Contrato. Este Contrato se renovará automáticamente cada año en la fecha de renovación, siempre que usted siga siendo elegible en virtud del Contrato y a menos que nosotros lo rescindamos de otro modo según lo permitido por este Contrato.

22. Restablecimiento después del incumplimiento de pago

Si usted no efectúa algún pago en virtud de este Contrato, la posterior aceptación del pago por nuestra parte o por parte de uno de nuestros agentes o corredores autorizados restablecerá el Contrato.

23. Derecho a desarrollar pautas y normas administrativas

Podemos desarrollar o adoptar normas que describan con más detalle cuándo realizaremos o no pagos en virtud de este Contrato. Los ejemplos de uso de las normas son para determinar si: la

atención hospitalaria fue médicamente necesaria; la cirugía fue médicamente necesaria para tratar su enfermedad o lesión; o ciertos servicios son atención especializada. Estas normas no serán 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 reglas administrativas relacionadas con la inscripción y otros asuntos administrativos. Tendremos todos los poderes necesarios o apropiados para permitirnos llevar a cabo nuestras obligaciones en relación con la administración de este Contrato.

24. Derecho a compensación

Si realizamos un pago de reclamación a usted o en su nombre por error o si usted nos adeuda dinero, deberá pagar el monto que usted nos adeuda. Salvo que la ley exija lo contrario, si le adeudamos un pago por otras reclamaciones recibidas, tenemos el derecho de restar cualquier monto que nos adeude de cualquier pago que le adeudemos.

25. Marcas de servicio

UHCNY, Inc. es una corporación independiente constituida en virtud de la Ley de Seguros de Nueva York. UHCNY, Inc. también opera bajo licencias con UHCNY, Inc. Licencia a UHCNY, Inc. para utilizar las marcas de servicio de UHCNY, Inc. en una parte del Estado de Nueva York. UHCNY, Inc. no actúa como agente de UHCNY, Inc. y UHCNY, Inc. es la única responsable de las obligaciones creadas en virtud de este contrato.

26. Divisibilidad

La inaplicabilidad o invalidez de cualquier disposición de este Contrato no afectará a la validez y aplicabilidad del resto de este Contrato.

27. Cambio significativo en las circunstancias

Si no podemos organizar los servicios cubiertos según lo dispuesto en este Contrato como resultado de eventos ajenos a nuestro control, haremos un esfuerzo de buena fe por hacer arreglos alternativos. Estos acontecimientos incluirían un desastre importante, epidemia, destrucción completa o parcial de instalaciones, disturbios, insurrección civil, discapacidad de una parte significativa del personal de los proveedores participantes o causas similares. Haremos todos los esfuerzos razonables para organizar los servicios cubiertos. Nosotros y nuestros proveedores participantes no seremos responsables de la demora, o de la falta de prestación o disposición de los servicios cubiertos si dicha falla o demora es causada por dicho evento.

28. Subrogación y Reembolso

Estos párrafos se aplican cuando la otra parte (incluida cualquier aseguradora) es, o se puede determinar que es, responsable de su lesión, enfermedad u otra afección y hemos proporcionado beneficios relacionados con esa lesión, enfermedad o afección. Según lo permita la ley estatal aplicable, a menos que lo impida la ley federal, podemos estar subrogados a todos los derechos de recuperación contra dicha parte (incluida su propia aseguradora) por los beneficios que le hemos proporcionado en virtud de este Contrato. Subrogación significa que tenemos el derecho, independientemente de usted, de proceder directamente contra la otra parte para recuperar los

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

beneficios que hemos proporcionado.

Con sujeción a la legislación estatal aplicable, a menos que así lo exija la legislación federal, podemos tener derecho a reembolso si usted o cualquier persona en su nombre recibe el pago de cualquier parte responsable (incluida su propia aseguradora) de cualquier conciliación, veredicto o ingreso del seguro, en relación con una lesión, enfermedad o afección por la que proporcionamos beneficios. En virtud de la Sección 5-335 de la Ley General de Obligaciones de Nueva York, nuestro derecho de recuperación no se aplica cuando se alcanza un acuerdo entre un demandante y el demandado, a menos que exista un derecho legal de reembolso. La ley también establece que, al celebrar un acuerdo, se supone que usted no tomó ninguna medida contra nuestros derechos ni violó ningún Contrato entre usted y nosotros. La ley presupone que el acuerdo entre usted y la parte responsable no incluye la compensación por el costo de los servicios de atención médica por los cuales proporcionamos beneficios.

Le solicitamos que nos notifique en el transcurso de 30 días a partir de la fecha en que se le notifique a cualquier parte, incluida una compañía de seguros o un abogado, su intención de iniciar o investigar una reclamación para recuperar daños u obtener una compensación debido a una lesión, enfermedad o afección sufrida por usted por la cual hayamos proporcionado beneficios. Debe proporcionar toda la información solicitada por nosotros o nuestros representantes, lo que incluye, a título enunciativo pero no limitativo, completar y enviar cualquier solicitud u otros formularios o declaraciones que podamos solicitar razonablemente.

29. Terceros beneficiarios

Ningún tercero beneficiario está destinado a ser creado por este Contrato y nada de lo contenido en este Contrato conferirá a ninguna persona o entidad que no sea usted o nosotros ningún derecho, beneficio, o remedio de cualquier naturaleza en virtud de este Contrato; ninguna otra parte puede hacer cumplir las disposiciones de este Contrato ni buscar ningún recurso que surja de nuestro o su cumplimiento o incumplimiento de cualquier parte de este Contrato, o iniciar una acción o demanda por el incumplimiento de cualquiera de los términos de este Contrato.

30. Momento de demandar

No se puede mantener ninguna acción legal o en equidad contra nosotros antes del vencimiento de 60 días después de la presentación por escrito a nosotros de una reclamación según lo requerido en este Contrato. Debe iniciar cualquier demanda contra nosotros en virtud de este Contrato en un plazo de dos (2) años a partir de la fecha en que se exigió que se presentara la reclamación.

31. Servicios de traducción

Los servicios de traducción están disponibles de forma gratuita en virtud del presente Contrato para los suscriptores que no hablen inglés. Comuníquese con nosotros llamando al **1-866-265-1893**, TTY **711**, para acceder a estos servicios.

32. Foro de acción legal

Si surge una controversia en virtud de este Contrato, debe resolverse en un tribunal ubicado en el Estado de Nueva York. Usted acepta no iniciar una demanda contra nosotros en un tribunal en cualquier otro lugar. También acepta que los tribunales del Estado de Nueva York tengan jurisdicción

personal sobre Usted. Eso significa que, cuando se hayan seguido los procedimientos adecuados para iniciar una demanda en estos tribunales, los tribunales pueden ordenarle que defienda cualquier acción que presentemos contra usted.

33. Renuncia

La renuncia por cualquiera de las partes a cualquier incumplimiento de cualquier disposición de este Contrato no se interpretará como una renuncia a cualquier incumplimiento posterior de la misma o cualquier otra disposición. El hecho de no ejercer cualquier derecho en virtud del presente no constituirá una renuncia a dicho derecho.

34. Quién puede cambiar este Contrato

Este Contrato no podrá modificarse, enmendarse ni modificarse, excepto por escrito y en un documento firmado por nuestro director ejecutivo (Chief Executive Officer, “CEO”); director de operaciones (Chief Operating Officer, “COO”); presidente o una persona designada por el CEO, COO o presidente. Ningún empleado, agente u otra persona están autorizados a interpretar, enmendar, modificar o cambiar de otro modo este Contrato de una manera que amplíe o limite el alcance de la cobertura, o las condiciones de elegibilidad, inscripción o participación, a menos que se refleje por escrito y en un documento firmado por nuestro CEO, COO, Presidente o la persona designada por el CEO, COO o presidente.

35. Quién recibe el pago en virtud de este Contrato

Los pagos en virtud del presente Contrato por los servicios prestados por un proveedor participante serán realizados directamente por nosotros al proveedor. Si recibe servicios de un proveedor no participante, nos reservamos el derecho de pagarle a usted o al proveedor. Si usted cede beneficios por una factura sorpresa a un proveedor no participante, pagaremos directamente al proveedor no participante. Consulte la sección Cómo funciona su cobertura de este Contrato para obtener más información sobre las facturas sorpresa.

36. Indemnización laboral no afectada

La cobertura proporcionada en virtud de este Contrato no sustituye ni afecta a ningún requisito de cobertura por seguro o ley de indemnización laboral.

37. Sus registros e informes médicos

A fin de proporcionarle su cobertura en virtud de este Contrato, es posible que tengamos que obtener sus registros médicos e información de los proveedores que lo trataron. Nuestras acciones para proporcionar esa cobertura incluyen el procesamiento de sus reclamaciones, la revisión de quejas formales, apelaciones o quejas que involucren su atención, y revisiones de garantía de calidad de su atención, ya sea en base a una queja específica o una auditoría de rutina de casos seleccionados aleatoriamente. Al aceptar la cobertura en virtud de este Contrato, excepto en la medida en que lo prohíba la ley estatal o federal, usted nos da automáticamente permiso a nosotros o a la persona que designe para obtener y utilizar sus registros médicos para esos fines y autoriza a todos y cada uno de los proveedores que le prestan servicios a:

- divulgarlos todos los hechos relacionados con su atención, tratamiento y condición física a nosotros o a un profesional médico, dental o de salud mental que podamos contratar para

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

ayudarnos a revisar un tratamiento o una reclamación, o en relación con una queja o revisión de calidad de la atención;

- presentar informes relacionados con su atención, tratamiento y condición física a nosotros, o a un profesional médico, dental o de salud mental que podamos contratar para ayudarnos a revisar un tratamiento o una reclamación; y
- permitir que copiemos sus registros médicos.

Aceptamos mantener su información médica de acuerdo con los requisitos de confidencialidad estatales y federales. Sin embargo, en la medida permitida por la ley estatal o federal, nos autoriza automáticamente a compartir su información con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, y otras agencias federales, estatales y locales autorizadas con autoridad sobre el Plan Essential, organizaciones de supervisión de calidad, y terceros con los que contratamos para ayudarnos a administrar este Contrato, siempre que también acepten mantener la información de acuerdo con los requisitos de confidencialidad estatales y federales. Si desea retirar cualquier permiso que haya otorgado para divulgar esta información, puede llamarnos al **1-866-265-1893**, TTY **711**.

38. Sus derechos y responsabilidades

Como miembro, tiene derechos y responsabilidades al recibir atención médica. Como su socio de atención médica, queremos asegurarnos de que se respeten sus derechos al tiempo que se proporcionan sus beneficios de salud. Tiene derecho a obtener información completa y actualizada sobre un diagnóstico, tratamiento y pronóstico de un médico u otro proveedor en términos que pueda entender razonablemente. Cuando no sea aconsejable proporcionarle dicha información, la información se pondrá a disposición de una persona adecuada que actúe en su nombre.

Tiene derecho a recibir información de su médico u otro proveedor que necesite para dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento.

Tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y a ser informado sobre las consecuencias médicas de dicha acción.

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

Tiene derecho a acceder a nuestros proveedores participantes.

Como miembro, también debe desempeñar un papel activo en su atención. Le recomendamos:

- entender sus problemas de salud, así como trabajar con sus proveedores para elaborar un plan de tratamiento en el que todos estén de acuerdo.
- seguir el plan de tratamiento que haya acordado con sus médicos o proveedores.
- darnos a nosotros, a sus médicos y a otros proveedores la información necesaria para ayudarlo a obtener la atención que necesita y todos los beneficios para los que es elegible en virtud de su contrato. Esto puede incluir información sobre otros beneficios de seguro médico que usted tenga junto con su cobertura con nosotros; e
- informar al Mercado de Seguros del Estado de Nueva York si tiene algún cambio en su nombre o dirección en virtud de su contrato.

Sección XXIV

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN UNITEDHEALTHCARE COMMUNITY

* Consulte la descripción del beneficio en el contrato para obtener más detalles

Los servicios del proveedor no participante no están cubiertos por ningún servicio que no esté relacionado con la atención de emergencia y usted paga el costo total de los servicios prestados por un proveedor no participante, excepto en casos relacionados con la atención de emergencia.

Costo compartido	Plan Essential 4
Deducible <ul style="list-style-type: none"> Individual 	\$0
Límite de gastos de bolsillo <ul style="list-style-type: none"> Individual <p>Los deducibles, el coseguro y los copagos que conforman su límite de gastos de bolsillo se acumulan por año de plan.</p>	\$0
Visitas al consultorio	
Visitas al consultorio de atención primaria (o visitas a domicilio)	\$0 en el consultorio por telesalud
Visitas al consultorio del especialista (o visitas a domicilio)	\$0 en el consultorio por telesalud
Atención preventiva	
Exámenes físicos anuales para adultos*	Cobertura total
Inmunizaciones para adultos*	Cobertura total
Servicios ginecológicos de rutina/ exámenes de bienestar para mujeres**	Cobertura total
Mamografías, pruebas de detección y de diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama	Cobertura total
Procedimientos de esterilización para mujeres*	Cobertura total

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

Costo compartido	Plan Essential 4
Atención preventiva (continuación)	
Vasectomía	Consulte la sección de servicios quirúrgicos
Pruebas de densidad ósea*	Cobertura total
Prueba para la detección del cáncer de próstata	Cobertura total
Todos los demás servicios preventivos requeridos por el USPSTF y la HRSA	Cobertura total
* Cuando los servicios preventivos no se proporcionan de acuerdo con las guías integrales respaldadas por el USPSTF y la HRSA	Uso compartido de costos para un servicio adecuado (visita a la consulta de atención primaria; visita a la consulta del especialista; servicios de diagnóstico y radiología; procedimientos de laboratorio y pruebas de diagnóstico)
Atención de emergencia	
Servicios médicos de emergencia prehospitalarios (servicios de ambulancia)	\$0
Servicios de ambulancia no de emergencia Se requiere autorización previa	\$0
Departamento de emergencias Copago exento si es ingresado en el hospital	\$0 Los exámenes forenses de atención médica realizados en virtud de la Ley de Salud Pública § 2805-i no están sujetos a copago
Centro de atención de urgencia	\$0 en el consultorio por telesalud

Costo compartido	Plan Essential 4
Servicios profesionales y atención ambulatoria	
Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Realizado en un centro de radiología independiente o en un entorno de consulta • Realizados en un consultorio especializado • Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios Se requiere autorización previa	\$0 \$0 \$0
Pruebas y tratamiento de alergias <ul style="list-style-type: none"> • Realizados en consultorio de PCP • Realizados en un consultorio especializado 	\$0 \$0
Tarifas del centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	\$0
Servicios de anestesia (todos los entornos)	Cobertura total
Rehabilitación cardíaca y pulmonar <ul style="list-style-type: none"> • Realizados en un consultorio especializado • Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios • Realizados como servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados 	\$0 \$0 Incluido como parte de los costos compartidos de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados
Quimioterapia e inmunoterapia <ul style="list-style-type: none"> • Realizados en consultorio de PCP • Realizados en un consultorio especializado • Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios 	\$0 \$0 \$0

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

Costo compartido	Plan Essential 4
<ul style="list-style-type: none"> • Realizado en el hogar 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia e inmunoterapia 	\$0
Servicios profesionales y atención ambulatoria (continuación)	
Servicios quiroprácticos	\$0
Ensayos clínicos Se requiere autorización previa	Usar el costo compartido para un servicio adecuado
Pruebas de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • Realizados en consultorio de PCP • Realizados en un consultorio especializado • Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios 	\$0 \$0 \$0
Diálisis <ul style="list-style-type: none"> • Realizados en consultorio de PCP • Realizado en un centro independiente o en un entorno del consultorio del especialista • Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios • Realizado en el hogar La diálisis realizada por proveedores no participantes se limita a 10 visitas por año calendario. Consulte la descripción del beneficio para obtener más información.	\$0 \$0 \$0 \$0
Servicios de habilitación (Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)	\$0

Costo compartido	Plan Essential 4
Atención de la salud en el hogar 40 visitas por año del plan Se requiere autorización previa	\$0
Servicios de tratamiento de la infertilidad Se requiere autorización previa	Uso de costos compartidos para un servicio adecuado (visita al consultorio; servicios de diagnóstico y radiología; cirugía; procedimientos de laboratorio y diagnóstico)
Servicios profesionales y atención ambulatoria (continuación)	
Terapia de infusión <ul style="list-style-type: none"> • Administración <ul style="list-style-type: none"> – Realizado en un consultorio de PCP – Realizado en un consultorio del especialista – Realizados como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios – Terapia de infusión a domicilio (la infusión a domicilio cuenta para los límites de las visitas de atención médica a domicilio) – Medicamento de terapia de infusión Se requiere autorización previa	\$0 \$0 \$0 \$0 \$0
Visitas médicas para pacientes hospitalizados	\$0 por admisión
Interrupción del embarazo <ul style="list-style-type: none"> • Abortos médicamente necesarios Ilimitados • Abortos electivos Un (1) procedimiento por año del plan 	Cobertura total \$0
Procedimientos de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • Realizados en consultorio de PCP 	\$0

Costo compartido	Plan Essential 4
<ul style="list-style-type: none"> - Realizado en centros para pacientes ambulatorios - Costos compartidos de medicamentos recetados <p>Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos. Consulte la Lista de medicamentos preferidos de su Plan.</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
Servicios profesionales y atención ambulatoria (continuación)	
Servicios de radiología de diagnóstico	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizados en consultorio de PCP • Realizados en un consultorio especializado • Realizado en un centro de radiología independiente • Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios 	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
Servicios de radiología terapéutica	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizados en un consultorio especializado • Realizado en un centro de radiología independiente • Realizados como servicios hospitalarios ambulatorios <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
Servicios de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)	\$0
Segundas opiniones sobre el diagnóstico del cáncer, la cirugía y otras	\$0

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

Costo compartido	Plan Essential 4
Servicios profesionales y atención ambulatoria (continuación)	
<p>Servicios quirúrgicos (incluyendo cirugía oral; cirugía reconstructiva de mama; otra cirugía reconstructiva y correctiva; y trasplantes)</p> <p>Todos los trasplantes deben realizarse en las instalaciones designadas del Centro de Excelencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía hospitalaria para pacientes hospitalizados • Cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios • Cirugía realizada en un centro quirúrgico ambulatorio • Cirugía en el consultorio <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
Servicios, equipos y dispositivos adicionales	
<p>Educación sobre equipos, suministros y autocontrol para la diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo, suministros e insulina para diabéticos (suministro para 30 días; suministro para hasta 90 días) • Educación para diabéticos 	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Aparatos ortopédicos y equipo médico duradero</p> <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>\$0</p>
<p>Audífonos externos (compra única: uno cada tres (3) años)</p>	<p>\$0</p>
<p>Implantes cocleares (uno (1) por oído por vez cubierto)</p> <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>\$0</p>

Costo compartido	Plan Essential 4
Servicios, equipos y dispositivos adicionales (continuación)	
<p>Atención para enfermos terminales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes hospitalizados • Pacientes ambulatorios <p>210 días por año del plan</p> <p>Cinco (5) visitas de asesoramiento por duelo familiar</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Suministros médicos</p> <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>\$0</p>
<p>Dispositivos protésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Externo Un (1) dispositivo protésico, por extremidad, de por vida, y el costo de reparación y sustitución de los dispositivos protésicos y sus piezas • Interno <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>\$0</p> <p>Incluido como parte de los costos compartidos hospitalarios para pacientes hospitalizados</p>
Servicios e instalaciones para pacientes hospitalizados	
<p>Hospital para pacientes hospitalizados por un confinamiento continuo (incluida una estadía hospitalaria para atención de mastectomía, rehabilitación cardíaca y pulmonar, y atención al final de la vida)</p> <p>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para las admisiones de emergencia.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de bancos de sangre autóloga</p>	<p>\$0</p>

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

Costo compartido	Plan Essential 4
Servicios e instalaciones para pacientes hospitalizados (continuación)	
<p>Estadía de observación Se exime el copago si se transfiere directamente del entorno de cirugía para pacientes ambulatorios a la observación</p>	\$0
<p>Centro de enfermería especializada (incluida la rehabilitación cardíaca y pulmonar) 200 días por año del plan Se exime el copago por cada admisión si se transfiere directamente del entorno hospitalario a un centro de enfermería especializada Se requiere autorización previa</p>	\$0
<p>Servicios de habilitación para pacientes hospitalizados (fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional) Se requiere autorización previa</p>	\$0
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados (fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional) Se requiere autorización previa</p>	\$0
Servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias	
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados incluido el tratamiento residencial (para un confinamiento continuo en un hospital) Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para las admisiones de emergencia.</p>	\$0
Servicios de salud mental y trastorno por abuso de sustancias (continuación)	

Costo compartido	Plan Essential 4
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (incluyendo servicios de hospitalización parcial y servicios de programas ambulatorios intensivos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio • Todos los demás servicios para pacientes ambulatorios <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>\$0</p> <p>\$0 en el consultorio por telesalud</p> <p>\$0 en el consultorio por telesalud</p>
<p>Tratamiento de trastornos del espectro autista ABA</p> <p>en el consultorio de telesalud</p> <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>\$0</p> <p>en el consultorio de telesalud</p>
<p>Dispositivos de comunicación asistida para trastornos del espectro autista</p> <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias (para un confinamiento continuo en un hospital)</p> <p>Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere autorización previa para admisiones de emergencia ni para centros participantes con certificación de la Oficina de Servicios de Abuso de Alcohol y Sustancias (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS).</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de consumo de sustancias para pacientes ambulatorios (incluidos hospitalización parcial, servicios de programas ambulatorios intensivos y tratamiento asistido con medicamentos)</p> <p>Se pueden utilizar hasta 20 visitas por año del plan para asesoramiento familiar</p> <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>\$0 en el consultorio por telesalud</p>

Contrato de suscriptor del Plan Essential 4 de Nueva York

Costo compartido	Plan Essential 4
<p>Medicamentos recetados Ciertos medicamentos recetados no están sujetos a costos compartidos cuando se proporcionan de acuerdo con las guías integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) o si el artículo o servicio tiene una calificación “A” o “B” del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) y se obtiene en una farmacia participante.</p>	
<p>Farmacia minorista Suministro para 30 días</p> <p>Nivel 1</p> <p>Nivel 2</p> <p>Nivel 3</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>No se requiere autorización previa para un medicamento recetado cubierto utilizado para tratar un trastorno por consumo de sustancias, incluido un medicamento con receta para controlar la abstinencia y/o estabilización de opioides y para la reversión de sobredosis de opioides.</p>	
<p>Farmacia de pedido por correo Suministro para hasta 90 días</p> <p>Nivel 1</p> <p>Nivel 2</p> <p>Nivel 3</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Medicamentos de venta libre</p>	<p>\$0</p>
<p>Fórmulas enterales</p> <p>Nivel 1</p> <p>Nivel 2</p> <p>Nivel 3</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Beneficios de bienestar</p>	
<p>Reembolso del gimnasio</p>	<p>Hasta \$400 por año del plan, \$200 por período de 6 meses después de asistir a 50 visitas en un período de 6 meses</p>

Costo compartido	Plan Essential 4
Atención dental y de la vista	
<p>Atención dental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental preventiva • Atención dental de rutina • Servicios dentales mayores (endodoncia, periodoncia y prostodoncia) <ul style="list-style-type: none"> – Un (1) examen dental y limpieza por período de seis (6) meses – Radiografías de boca completa o panorámicas a intervalos de 36 meses y radiografías de aleta de mordida a intervalos de seis (6) a 12 meses <p>La ortodoncia y los servicios dentales mayores requieren autorización previa</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>Atención de la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes • Lentes y marcos • Lentes de contacto <p>Un (1) examen por año del plan, a menos que sea médicamente necesario</p> <p>Una (1) lente y montura recetadas por año del plan, a menos que sea médicamente necesario</p> <p>Los lentes de contacto requieren autorización previa</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>

Todas las solicitudes de preautorización dentro de la red son responsabilidad de su proveedor participante. No se le penalizará por el hecho de que un proveedor participante no obtenga una preautorización requerida. Sin embargo, si los servicios no están cubiertos en virtud del contrato, usted será responsable del costo total de los servicios.



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

UnitedHealthcare Community Plan proporciona lo siguiente:

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

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito del miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Si cree que UnitedHealthcare Community Plan no le ha brindado estos servicios ni lo ha tratado de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles:

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

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

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

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

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

Teléfono: Línea gratuita 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

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

LANGUAGE ASSISTANCE

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

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

Estamos aquí para usted

Recuerde que siempre estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda tener. Llame a Servicios para Miembros al **1-866-265-1893**, TTY **711** de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes. También puede visitar nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**.

UnitedHealthcare Community Plan of New York
One Penn Plaza, 8th Floor
New York, NY 10119

myuhc.com/CommunityPlan

1-866-265-1893, TTY 711

