# METROPLUSHEALTH ESSENTIAL PLAN CERTIFICATE OF COVERAGE

Este es Su

# CONTRATO DEL ESSENTIAL PLAN

Emitido por
**MetroPlus Health Plan**

Este es Su Contrato individual para la cobertura del Essential Plan emitido por Metroplus Health Plan. Este Contrato, junto con la Tabla de Beneficios adjunta, las solicitudes y cualquier otra enmienda o anexo que modifique los términos de este Contrato, constituyen el acuerdo completo entre Usted y Nosotros.

Tiene derecho a devolver este Contrato. Examínelo cuidadosamente. Si no está satisfecho, puede devolvernos este Contrato y pedirnos que lo cancelemos. Su petición deberá hacerse por escrito en los diez (10) días siguientes a la fecha en la que Usted reciba este Contrato.

**Capacidad de renovación.** La fecha de renovación del Contrato es de doce 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, salvo que de otro modo Nosotros lo finalicemos, según lo permitido por el Contrato, o que Usted lo finalice, previa notificación por escrito con 30 días de anticipación a Nosotros.

**Beneficios dentro de la red.** Este Contrato solo cubre los beneficios dentro de la red. Si desea recibir beneficios dentro de la red, Usted debe recibir la atención en forma exclusiva de los Proveedores Participantes ubicados dentro de Nuestra Área de Servicio. La Atención que Cubrimos en este Contrato (inclusive la Hospitalización) debe ser provista, coordinada y autorizada con antelación por Su Médico de Atención Primaria y, cuando se requiera, debe contar con Nuestra aprobación. Para recibir los beneficios en virtud de este Contrato, debe ponerse en contacto con Su Médico de Atención Primaria antes de obtener los servicios, con excepción de los servicios para atender una Afección de Emergencia, tal como se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” de este Contrato. A excepción de la atención derivada de una Afección de Emergencia, según se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” de este Contrato, Usted será responsable del pago del costo de toda la atención que le proporcionen Proveedores No Participantes.

**LEA TODO EL CONTRATO CUIDADOSAMENTE. ES SU RESPONSABILIDAD EL ENTENDER LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN ESTE CONTRATO.**

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

Talya Schwartz, MD
Presidenta y Directora Ejecutiva de Metroplus Health Plan

Si necesita asistencia en un idioma extranjero para entender este Contrato, puede llamarnos al número que figura en su tarjeta de identificación.

# ÍNDICE

**SECCIÓN I Definiciones** ..... **4**

**SECCIÓN II Cómo funciona Su cobertura** ..... **10**
Proveedores Participantes. ..... 10
El rol de los Médicos de Atención Primaria. ..... 11
Servicios sujetos a Autorización Previa. ..... 12
Necesidad médica. ..... 13
Números de teléfono y direcciones importantes ..... 15

**SECCIÓN III Acceso a la atención y a la atención transitoria** ..... **17**

**SECCIÓN IV Costos Compartidos y Monto Permitido** ..... **20**

**SECCIÓN V A quién Cubre** ..... **22**

**SECCIÓN VI Atención preventiva** ..... **23**

**SECCIÓN VII Servicios de ambulancia y Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalaria** ..... **27**

**SECCIÓN VIII Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia** ..... **29**

**SECCIÓN IX Servicios para pacientes ambulatorios y profesionales** ..... **32**

**SECCIÓN X Beneficios, equipos y dispositivos adicionales** ..... **41**

**SECCIÓN XI Servicios para pacientes hospitalizados** ..... **47**

**SECCIÓN XII Servicios de atención de salud mental y por consumo de sustancias** ..... **51**

**SECCIÓN XIII Cobertura de Medicamentos Recetados** ..... **56**

**SECCIÓN XIV Beneficios de bienestar general** ..... **69**

**SECCIÓN XV Atención oftalmológica** ..... **70**

**SECCIÓN XVI Atención odontológica** ..... **71**

**SECCIÓN XVII Exclusiones y limitaciones** ..... **73**

**SECCIÓN XVIII Determinaciones de reclamaciones** ..... **76**

**SECCIÓN XIX Procedimientos para Quejas** ..... **79**

**SECCIÓN XX Revisión de la Utilización** ..... **81**

**SECCIÓN XXI Apelación Externa** ..... **90**

**SECCIÓN XXII Finalización de la cobertura** ..... **95**

**SECCIÓN XXIII Derechos de suspensión temporaria para los integrantes de las Fuerzas Armadas** ..... **97**

**SECCIÓN XXIV Disposiciones generales** ..... **98**

**Sección XXV. Tabla de Beneficios:** ..... **Fin del Contrato**

## SECCIÓN I

## Definiciones

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

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

**Monto Permitido:** El monto máximo en el que se basa Nuestro pago para los Servicios Cubiertos. Vea la sección "Costos Compartidos y Monto Permitido" de este Contrato para obtener una descripción sobre cómo se calcula el Monto Permitido.

**Centro Quirúrgico Ambulatorio:** Un centro que se encuentra actualmente autorizado por la agencia regulatoria estatal apropiada para la provisión de servicios médicos quirúrgicos y afines de manera ambulatoria.

**Apelación:** Una petición que se nos hace para revisar otra vez una decisión de Revisión de la Utilización o una Queja.

**Facturación de Saldo:** Cuando un Proveedor No Participante le factura por la diferencia entre el cargo del Proveedor No Participante y el Monto Permitido. Un Proveedor Participante no le puede hacer una Facturación de Saldo por Servicios Cubiertos.

**Contrato:** Este Contrato emitido por Metroplus Health Plan, incluida la Tabla de Beneficios y los anexos adjuntos.

**Coseguro:** Su parte de los costos de un Servicio Cubierto, calculada como un porcentaje del Monto Permitido por el servicio que Usted debe pagar al Proveedor. El monto puede variar según el tipo de Servicio Cubierto.

**Copago:** Un monto fijo que Usted paga directamente al Proveedor por un Servicio Cubierto cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de Servicio Cubierto.

**Costos Compartidos:** Los montos que Usted debe pagar por los Servicios Cubiertos, expresados como Copagos y/o Coaseguros.

**Cubrir, Cubierto(a), Cubiertos(as), Servicios Cubiertos:** Los servicios Médicamente Necesarios pagados, organizados o autorizados por Usted o Nosotros en virtud de los términos y condiciones de este Contrato.

**Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés):** Es el equipo que:

- Está diseñado e ideado para su uso repetido;
- Se usa principal y habitualmente para propósitos médicos;
- Por lo general, no es útil para una persona en la ausencia de enfermedad o lesión; y
- Es apropiado para su uso en casa.

**Afección de Emergencia:** Una afección médica o conductual que se manifiesta con síntomas Agudos de suficiente gravedad, inclusive dolor agudo, tal que una persona prudente, con conocimiento promedio de medicina y salud, pudiera razonablemente esperar que la ausencia de

atención médica inmediata pudiera implicar lo siguiente:

- La puesta en peligro de la salud de la persona que padece tal afección o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido o, en el caso de una afección conductual, la puesta en peligro de tal persona u otras;
- El grave deterioro de las funciones corporales de dicha persona;
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de esa persona; o
- Una desfiguración grave de esa persona.

**Atención del Departamento de Emergencias:** Servicios de Emergencia que Usted recibe en el Departamento de Emergencias de un Hospital.

**Servicios de Emergencia:** Un examen de detección médico que se encuentra dentro de las posibilidades técnicas del Departamento de Emergencias de un Hospital, incluidos los servicios auxiliares de rutina disponibles en el Departamento de Emergencias para evaluar tal Afección de Emergencia; y dentro de las posibilidades del personal y los centros disponibles en el Hospital, tales como exámenes médicos y tratamientos que se necesitan para la estabilización del paciente. Por "estabilizar" se entiende brindar el tratamiento médico de una Afección de Emergencia, según sea necesario, para asegurar, dentro de la probabilidad médica razonable, que no ocurrirá ningún deterioro importante de la afección al trasladar al paciente desde un Centro o al llevar a cabo el parto de un recién nacido (incluida la placenta).

**Exclusiones:** Servicios de atención médica que no pagamos o Cubrimos.

**Agente de Apelación Externa:** Una entidad certificada por el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York que realiza apelaciones externas de acuerdo con la ley de Nueva York.

**Centro:** Un Hospital; un Centro Quirúrgico Ambulatorio; un centro de maternidad; un centro de diálisis; un centro de rehabilitación, un Centro de Enfermería Especializada; un centro de cuidados paliativos; una Agencia de Salud a Domicilio o una agencia de servicios de atención a domicilio certificada o autorizada según el Artículo 36 de la Ley de Salud Pública de Nueva York; un centro nacional de oncología o centro de oncología designado por un instituto y autorizado por el departamento de salud dentro de nuestra área de servicio; un centro de atención integral para desórdenes alimenticios de conformidad con el Artículo 30 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York; y un Centro definido por la sección 1.03 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York, certificado por la Oficina de Servicios y Apoyos a la Adicción del Estado de Nueva York, o certificado de conformidad con el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de Nueva York (o, en otros estados, un Centro que tenga autorizaciones o certificaciones similares). Si Usted recibe tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias fuera del estado de Nueva York, el término Centro también hace referencia a aquel que está acreditado por la Comisión Conjunta para proporcionar un programa de tratamiento por consumo de sustancias.

**Índice Federal de Pobreza (FPL**, por sus siglas en inglés**):** Una medición del nivel de ingresos emitido anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Los niveles federales de pobreza se utilizan para determinar su elegibilidad para ciertos programas y beneficios, incluyendo el Essential Plan, y se actualizan todos los años.

**Queja:** Una queja que Usted nos comunica y que no implica la determinación de una Revisión de la Utilización.

**Servicios de Habilitación:** Los servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria. Los

Servicios de Habilitación incluyen la gestión de las limitaciones y las discapacidades, incluidos los servicios o programas que ayudan a mantener o prevenir el deterioro físico, cognitivo, o de la función del comportamiento. Estos servicios consisten en fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

**Profesional de Atención Médica:** Un Médico debidamente autorizado, registrado o certificado; dentista; oftalmólogo; quiropráctico; psicólogo; trabajador social; podólogo; terapeuta físico; terapeuta ocupacional; matrona; patólogo de trastornos del habla; otorrino; farmacéutico; analista del comportamiento; enfermero especializado; o cualquier Profesional de Atención Médica autorizado, registrado o certificado bajo el Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York (o cualquier otra ley estatal comparable, si aplica) que la Ley de Seguros de Nueva York exija para reconocerlo como un profesional que puede cobrar y facturar a pacientes por los Servicios Cubiertos. Los servicios del Profesional de Atención Médica se deberán ofrecer dentro del alcance de la práctica para ese tipo de Proveedor, a fin de que esté dentro de la cobertura de este Contrato.

**Agencia de Salud a Domicilio:** Una organización que se encuentra actualmente certificada o autorizada por el estado de Nueva York o el estado en el que opere, y que ofrezca servicios de atención médica a domicilio.

**Cuidados Paliativos:** Cuidados que proporcionan comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal, así como a sus familiares, en un centro de cuidados paliativos certificado de conformidad con el Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de Nueva York o bajo un proceso de certificación similar que exija el estado en donde esté ubicado el centro.

**Hospital:** Un Hospital general, Agudo y de corto plazo que:

- Tiene como dedicación primaria proporcionar, con o bajo la supervisión continua de Médicos, servicios de diagnóstico y terapéuticos a pacientes para el diagnóstico, el tratamiento y la atención de personas lesionadas o enfermas;
- Posee departamentos organizados de medicina y cirugía mayor;
- Tiene como requisito que todos los pacientes estén bajo el cuidado de un Médico o un dentista;
- Proporciona un servicio de enfermería las 24 horas bajo la supervisión de un profesional de enfermería certificado (R.N., por sus siglas en inglés);
- Si se encuentra en el estado de Nueva York, tiene vigente un plan de revisión de Hospitalización aplicable a todos los pacientes que cumple al menos con los estándares descritos en la sección 1395x(k) del Título 42 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.);
- Está debidamente autorizado como agente responsable para autorizar a tales Hospitales; y
- No es, más allá de algún caso incidental, un lugar de descanso, un lugar principalmente dedicado al tratamiento de la tuberculosis, un lugar para personas mayores, un lugar para adictos a las drogas, para alcohólicos, o un lugar para cuidado de convalecencia, supervisado, de educación o rehabilitación.

Un Hospital no es un resort de salud, un spa o enfermerías en escuelas o campamentos.

**Hospitalización:** Atención en un Hospital que requiere el ingreso como paciente hospitalizado y normalmente requiere una estancia de una noche.

**Atención Hospitalaria como Paciente Ambulatorio:** Atención en un Hospital que normalmente no requiere una estancia de una noche.

**Inmigrante Legalmente Presente:** El término "legalmente presente" incluye a inmigrantes que tienen:

- Situación de inmigración como "no ciudadano calificado" sin un período de espera
- Situaciones o circunstancias humanitarias (incluyendo Situación de Protección Temporal, Situación Juvenil Especial, solicitantes de asilos, Convención en Contra de la Tortura, víctimas de tráfico)
- Visas válidas de no inmigrante
- Situación legal conferida por otras leyes estatales (situación de residente temporal, Ley LIFE, personas Family Unity). Para conocer la lista completa de situaciones de inmigrantes 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.

**Médicamente Necesario:** Consulte la sección "Cómo funciona su cobertura" de este Contrato para la definición.

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

**Red:** Los Proveedores con quienes tenemos un contrato para que le provean a Usted servicios de atención médica.

**NY State of Health ("NYSOH"):** NY State of Health es el Official Health Plan Marketplace. NYSOH es un mercado de seguros de salud donde las personas, familias y pequeñas empresas pueden conocer sus opciones de seguro médico; comparar los planes en función de costos, beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir ayuda financiera con las primas y los costos compartidos en función de los ingresos; elegir un plan; e inscribirse en una cobertura. NYSOH también ayuda a los consumidores elegibles a inscribirse en otros programas, incluso en Medicaid, Child Health Plus y el Essential Plan.

**Proveedor No Participante:** Un Proveedor que no tiene un contrato con Nosotros para proporcionarle servicios de atención médica a Usted. Los servicios de los Proveedores No Participantes están Cubiertos solo para los Servicios de Emergencia o cuando Nosotros los autoricemos.

**Límite de Desembolso Personal:** El monto máximo que Usted paga durante el Año del Plan en concepto de Costos Compartidos antes de que le paguemos el 100% del Monto Permitido por Servicios Cubiertos. Este límite nunca incluye los gastos de Facturación de Saldo o el costo de servicios de atención médica que no cubrimos.

**Proveedor Participante:** Un Proveedor que tiene un contrato con Nosotros para

proporcionarle servicios de atención médica a Usted. Se encuentra disponible una lista de los Proveedores Participantes y sus direcciones en Nuestro sitio web en www.metroplus.org o si Usted nos la solicita. Nosotros revisaremos esta lista oportunamente.

**Médico o Servicios Médicos:** Servicios de atención médica que un profesional médico autorizado (M.D., Doctor en Medicina, o D.O., Doctor en Medicina Osteopática) proporciona o coordina.

**Año del Plan:** El período de 12 meses que comienza en la fecha de entrada en vigencia del Contrato o cualquier fecha aniversario posterior, durante la cual el Contrato se encuentra en vigor.

**Autorización Previa:** Es una decisión por parte Nuestra previa a que Usted reciba un Servicio Cubierto, procedimiento, plan de tratamiento, dispositivo o Medicamento Recetado que indica que el Servicio Cubierto, procedimiento, plan de tratamiento, dispositivo o Medicamento Recetado es Médicamente Necesario. Indicamos qué Servicios Cubiertos requieren de Autorización Previa en la sección “Tabla de Beneficios” de este Contrato.

**Medicamentos Recetados:** Un medicamento, producto o dispositivo que ha sido autorizado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) que puede, bajo leyes federales o estatales, ser dispensado solo de conformidad con una receta o Reposición, y que esté en Nuestro formulario. Un Medicamento Recetado incluye una medicación que, debido a sus características, es apropiada para la autoadministración o para la administración por parte de un cuidador no especializado.

**Médico de Atención Primaria (“PCP”):** Un enfermero especializado, asistente médico o Médico participante que normalmente es un Médico de medicina interna o familiar, y que le proporciona o coordina directamente una serie de servicios de atención médica a Usted.

**Proveedor:** Un Médico, un Profesional de Atención Médica o un Centro autorizado, certificado o acreditado según lo exija la ley estatal. Proveedor también incluye un vendedor o distribuidor de equipos y suministros para la diabetes, equipos médicos duraderos y cualquier otro equipo o suministro que esté Cubierto en virtud de este Contrato que esté autorizado, certificado o acreditado según lo exija la ley estatal.

**Remisión:** Una autorización dada a un Proveedor Participante por otro Proveedor Participante (normalmente de un PCP a un Especialista participante) para organizar una atención adicional a un Suscriptor. Salvo lo dispuesto en la sección "Acceso a la atención y a la atención de transición" de este Contrato o lo que Nosotros autoricemos, no se hará una Remisión a un Proveedor No Participante.

**Servicios de Rehabilitación:** Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y su funcionamiento para su vida diaria, que se habían perdido o visto perjudicados porque la persona estaba enferma, lesionada o discapacitada. Estos servicios consisten en fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla en centros para pacientes hospitalizados y/o pacientes ambulatorios.

**Tabla de Beneficios:** La sección de este Contrato que describe los Copagos, Coaseguros, Límites de Desembolso Personal, requisitos de Autorizaciones Previas, requisitos de

Remisiones y otros límites de los Servicios Cubiertos.

**Área de Servicio:** El área geográfica designada por Nosotros y aprobada por el estado de Nueva York en la que proporcionamos cobertura. Nuestra Área de Servicio incluye: Brooklyn, el Bronx, Manhattan, Queens y Staten Island.

**Centro de Enfermería Especializada:** Una institución o parte distintiva de una institución que: se encuentra actualmente autorizada o aprobada por una ley local o estatal; tiene como dedicación primaria la proporción de atención de enfermería especializada y servicios relacionados como Centro de Enfermería Especializada, Centro de atención prolongada o Centro de atención de enfermería aprobado por la Comisión Conjunta o la Oficina de Hospitales de la Asociación Estadounidense de Osteopatía, o como Centro de Enfermería Especializada bajo la ley Medicare; o según determinemos Nosotros para que se cumpla con los estándares de cualquiera de estas autoridades.

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

**Suscriptor:** La persona a cuyo nombre se expide este Contrato. Cuando a un Suscriptor se le pide proporcionar una notificación de conformidad con una Queja o con una visita o un ingreso al Departamento de Emergencias, el “Suscriptor” también significa el representante del Suscriptor.

**UCR (siglas en inglés para Usual, Normal y Razonable):** El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica según lo que los Proveedores del área normalmente cobran por el mismo servicio médico o un servicio médico similar.

**Atención de Urgencia:** Atención médica de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención inmediatamente, pero no tan grave como para requerir Atención del Departamento de Emergencias. La Atención de Urgencia puede ofrecerse en el consultorio de un Médico Participante o en un Centro de Atención de Urgencias.

**Centro de Atención de Urgencias:** Un Centro autorizado (con excepción de los Hospitales) que proporciona Atención de Urgencia.

**Nosotros, Nuestro(a), Nuestros(as), Nos:** MetroPlus Health Plan y cualquiera a quien Nosotros le deleguemos legalmente nuestras funciones, en Nuestro nombre, en virtud de este Contrato.

**Revisión de la Utilización:** La revisión para determinar si los servicios son o fueron Médicamente Necesarios o experimentales o de investigación (es decir, tratamientos para enfermedades raras o estudios clínicos).

**Usted, Su/s:** El Suscriptor.

## SECCIÓN II

## Cómo funciona Su cobertura

### A. Su Cobertura según este Contrato.

Usted se ha inscrito en un Essential Plan. Nosotros le proporcionaremos los beneficios según se describen en este Contrato a Usted y a sus dependientes cubiertos. Debe guardar este Contrato con Sus otros papeles importantes para tenerlo disponible como referencia futura.

### B. Servicios Cubiertos.

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

- Médicamente necesario;
- Proporcionado por un Proveedor Participante;
- Enumerado como Servicio Cubierto;
- No exceda ninguna de las limitaciones de los beneficios descritos en la sección "Tabla de Beneficios" de este Contrato; y
- Recibido mientras Su Contrato está en vigor.

Cuando esté fuera de Nuestra Área de Servicio, la cobertura se limita a los Servicios de Emergencia, Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalaria y servicios de ambulancia para tratar Su Afección de Emergencia.

**Proveedores Participantes.**

Para saber si un Proveedor es un Proveedor Participante:

- Consulte Nuestro Directorio de proveedores, disponible a petición;
- Llame al número que figura en Su tarjeta de identificación de Miembro; o
- Visite nuestro sitio web en www.metroplus.org.

El Directorio de proveedores le dará la siguiente información sobre Nuestros Proveedores Participantes:

- Nombre, dirección y número de teléfono;
- Especialidad;
- Certificación del consejo (si corresponde);
- Idiomas que hablan;
- Si el Proveedor Participante acepta pacientes nuevos.

Usted solo es responsable de cualquier Costo Compartido que se aplicaría a los Servicios Cubiertos si Usted recibe los Servicios Cubiertos por parte de un Proveedor que no sea un Proveedor Participante en las siguientes situaciones:

- El Proveedor figura como un Proveedor Participante en Nuestro Directorio de proveedores en línea;
- Nuestro Directorio de proveedores impreso que establece al Proveedor como un Proveedor Participante es incorrecto a la fecha de la publicación;
- Le damos un aviso por escrito que establece que el Proveedor es un Proveedor Participante en respuesta a Su solicitud telefónica para obtener información del estado de la red sobre el Proveedor; o

• No le damos un aviso por escrito en un plazo de un (1) día hábil de Su solicitud telefónica en la que solicita información del estado de la red.

En esta situaciones, si un Proveedor le factura más que Su Costo Compartido dentro de la red y Usted paga la factura, Usted tiene derecho a recibir un reembolso del Proveedor, más intereses.

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

Este Contrato tiene un encargado, normalmente conocido como Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Este Contrato requiere que Usted seleccione a un Proveedores de Atención Primaria, "PCP". Usted no necesita una Remisión de un PCP antes de recibir atención de un Especialista.

Puede seleccionar a cualquier PCP participante que esté disponible de la lista de PCP en la red del Essential Plan. En ciertas circunstancias, Usted puede designar a un Especialista como Su PCP. Vea la sección "Acceso a la Atención y a la Atención de Transición" de este Contrato para obtener más información sobre la designación de un Especialista.

Para los efectos de los Costos Compartidos, si Usted solicita los servicios de un PCP (o un Médico que cubra a un PCP) que tenga una especialidad primaria o secundaria distinta a la medicina general, familiar o interna, pediatría u obstetricia/ginecología, debe pagar los Costos Compartidos de la visita especializada que aparecen en la sección Tabla de Beneficios de este
Contrato cuando los servicios provistos estén relacionados con la atención especializada.

**E. Servicios que no requieren la Remisión de Su PCP.**

Su PCP es responsable de determinar cuál es el tratamiento más adecuado para Sus necesidades de atención médica. Usted no necesita la Remisión de Su PCP para consultar a un Proveedor Participante para los siguientes servicios:

- Servicios ginecológicos y de obstetricia preventivos y de atención primaria, inclusive exámenes anuales, atención como resultado de tales exámenes anuales, tratamiento de afecciones ginecológicas Agudas o atención relacionada con un embarazo por parte de un Proveedor Participante calificado para dichos servicios;
- Servicios de Emergencia;
- Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalaria y transporte en ambulancia en casos de emergencia;
- Examen de detección de depresión materna;
- Atención de Urgencia;
- Atención de salud mental para pacientes ambulatorios;
- Servicios de abuso de sustancias como paciente ambulatorio;
- Examen de la vista para diabéticos por parte de un oftalmólogo.
- Servicios de radiodiagnóstico

Sin embargo, el Proveedor Participante debe discutir los servicios y el plan de tratamiento con Su PCP; acordar seguir Nuestras políticas y procedimientos, incluso cualquier procedimiento sobre Remisiones o Autorizaciones Previas de servicios, con excepción de

los servicios ginecológicos y de obstetricia que provee dicho Proveedor Participante; y aceptar proveer los servicios conforme al plan de tratamiento (si lo hubiera) que Nosotros hemos aprobado. Consulte la sección Tabla de Beneficios de este Contrato para conocer los servicios que requieren una Remisión.

**F. Acceso a Proveedores y cambio de Proveedores.** A veces, los Proveedores de Nuestro directorio de Proveedores no están disponibles. Antes de notificarnos sobre el PCP que ha elegido, Usted debe llamar al PCP para asegurarse de que él o ella acepte pacientes nuevos.

Para consultar a un Proveedor, llame a su consultorio y dígale que Usted es Miembro de MetroPlus Health Plan y explíquele la razón de Su visita. Tenga Su tarjeta de identificación a mano. Es posible que el consultorio del Proveedor le pregunte Su número de identificación de Miembro. Cuando vaya al consultorio del Proveedor, lleve Su tarjeta de identificación.

Para contactarse con Su Proveedor fuera del horario de atención habitual, llame al consultorio del Proveedor. Se le dirigirá a Su Proveedor, a un contestador automático con instrucciones sobre cómo obtener servicios o a otro proveedor. Si tiene una Afección de Emergencia, busque atención inmediata en el Departamento de Emergencias del Hospital más cercano o llame al 911.

Puede cambiar de PCP poniéndose en contacto con Servicios al Miembro al número que figura en Su tarjeta de identificación de Miembro. También puede solicitar el cambio de PCP en nuestro sitio web. Puede hacer el cambio durante los primeros 30 días después de su inscripción, una vez cada seis meses después de ello o con más frecuencia si es necesario.

Si no contamos con un Proveedor Participante para ciertos tipos de proveedor en el condado en el que Usted vive o en un condado contiguo y dentro de las normas aprobadas de tiempo y distancia, aprobaremos una Remisión para un Proveedor No Participante específico hasta que Usted ya no necesite la atención o hasta que tengamos un Proveedor Participante en Nuestra red que cumpla las normas de tiempo y distancia y hasta que su atención se haya transferido al Proveedor Participante. Los Servicios Cubiertos prestados por el Proveedor No Participante se pagarán como si fueran provistos por un Proveedor Participante. Usted será responsable solamente de cualquier otro Costo Compartido aplicable dentro de la red.

**G. Servicios fuera de la red.**
Los servicios de los Proveedores No Participantes no están Cubiertos, excepto los Servicios de Emergencia, los Servicios Médicos de Emergencias Prehospitalarias y los servicios de ambulancia para tratar Su Afección de Emergencia, o cuando estén específicamente Cubiertos en este Contrato.

**Servicios sujetos a Autorización Previa.**
Nuestra Autorización Previa es necesaria para que Usted reciba ciertos Servicios Cubiertos. Su PCP participante es responsable de solicitar la Autorización Previa para los servicios dentro la red enumerados en la sección Tabla de Beneficios de este Contrato.

**I. Gestión médica.**
Los beneficios disponibles para Usted conforme a este Contrato están sujetos a revisiones previas al servicio, concurrentes y revisiones retrospectivas para determinar cuándo Nosotros Cubriremos los servicios. El propósito de estas revisiones es promocionar la prestación de atención médica rentable al revisar el uso de procedimientos y, cuando sea apropiado, la localización o el lugar del servicio que se realiza. Los Servicios Cubiertos deben ser Médicamente Necesarios para que se proporcionen beneficios.

**Necesidad médica.**
Cubrimos beneficios descritos en el presente Contrato, siempre que el servicio de atención médica, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo, Medicamento Recetado o suministro (en conjunto, "servicio") sea Médicamente Necesario. El hecho de que un Proveedor haya proporcionado, prescrito, ordenado, recomendado o aprobado el servicio no significa que sea Médicamente Necesario ni significa que debemos Cubrirlo.

Podemos basar Nuestra decisión en la revisión de:

- Su historial médico;
- Nuestras políticas y directrices clínicas;
- Las opiniones médicas de una sociedad profesional, un comité de revisión de expertos u otros grupos de Médicos;
- Los informes de material médico publicado revisado por expertos;
- Los informes y las directrices publicados por las organizaciones de atención médica reconocidas nacionalmente que incluyen datos científicos de apoyo;
- Las normas profesionales de seguridad y eficacia que son generalmente reconocidas en Estados Unidos para el diagnóstico, la atención o el tratamiento;
- La opinión de Profesionales de Atención Médica en la especialidad médica generalmente reconocida que esté relacionada;
- La opinión de los Proveedores responsables que tengan credibilidad, pero que no rechacen opiniones opuestas.

Los servicios se considerarán Médicamente Necesarios solo si:

- Son clínicamente apropiados en cuanto a tipo, frecuencia, grado, lugar y duración, y se consideran eficaces para Su enfermedad, lesión o afección;
- Son necesarios para la atención directa y el tratamiento o manejo de esta afección;
- Su enfermedad se vería afectada adversamente si no se han prestado los servicios;
- Dichos servicios se prestan de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica;
- No son principalmente para Su conveniencia, la de Su familia o la de Su Proveedor;
- No son más costosos que un servicio alternativo o una secuencia de servicios, que tienen al menos las mismas probabilidades de producir resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes;
- Cuando el entorno o lugar de servicio es parte de la revisión, los servicios que se le pueden proporcionar con seguridad a Usted en un entorno de menor costo no son Médicamente Necesarios si se realizan en un entorno de mayor costo. Por ejemplo, no brindaremos cobertura del ingreso como paciente hospitalizado tras una cirugía si la cirugía podría haberse llevado a cabo de forma ambulatoria, o de la infusión o inyección

de un medicamento especializado que se proporciona en el departamento de pacientes ambulatorios de un Hospital cuando el medicamento podría haberse suministrado en el consultorio del Médico o en el ámbito del hogar.

Vea las secciones “Revisión de la Utilización” y “Apelación Externa” de este Contrato para conocer Su derecho a una Apelación interna y externa cuando determinemos que un servicio no es Médicamente Necesario.

**K. Protección contra facturas sorpresa.**

1. **Facturas sorpresa.** Una factura sorpresa es aquella que Usted recibe por los Servicios Cubiertos en las siguientes circunstancias:
   - Por los 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 que se prestan los servicios de atención médica;
     - Un Proveedor no participante presta servicios sin Su conocimiento; o
     - Surgen problemas o servicios médicos imprevistos cuando se prestan los servicios de atención médica.

   La factura sorpresa no incluye una factura por servicios de atención médica cuando un Médico Participante está disponible y Usted eligió recibir los servicios de un Médico no participante.

   - Cuando un Médico Participante lo remitió a un Médico No Participante sin Su autorización explícita por escrito en la que aceptaba que la Remisión era a un Proveedor No Participante, pudiendo generar costos que Nosotros no Cubrimos. A los fines de factura sorpresa, se entiende por Remisión a un Proveedor No Participante en los siguientes casos:
     - Un Proveedor No Participante brinda los Servicios Cubiertos en el consultorio o práctica del Médico Participante durante la misma visita;
     - El Médico Participante le toma una muestra en el consultorio del Médico Participante y la envía a un laboratorio o patólogo no participante; o
     - Por otros Servicios Cubiertos proporcionados por un Proveedor No Participante a petición del Médico Participante, cuando se requieren Remisiones en virtud del Contrato.

   A Usted no se le podrán imputar los cargos de Proveedores No Participantes por la factura sorpresa que excedan Su Costo Compartido. El Proveedor No Participante solo puede emitirle una factura por Su Costo Compartido. Usted puede firmar un formulario para informarnos a nosotros y al Proveedor No Participante que Usted recibió una factura sorpresa. El formulario de certificación de facturas sorpresa está disponible en www.dfs.ny.gov o puede visitar Nuestro sitio web en www.metroplus.org para obtener una copia del formulario. Debe enviarnos por correo una copia del formulario a la dirección que aparece en Nuestro sitio web y a Su Proveedor.

2. **Proceso de resolución de conflictos independiente.** Nosotros o un Proveedor podemos presentar un conflicto relacionado con una factura sorpresa ante una entidad de resolución de conflictos independiente (IDRE, por sus siglas en inglés) asignada por el estado. La IDRE determinará si Nuestro pago o el cargo del Proveedor es razonable dentro de los 30 días siguientes a la recepción del

conflicto.

**L. Prestación de los Servicios Cubiertos mediante telesalud.**
Si el Proveedor ofrece los Servicios Cubiertos mediante telesalud, no denegaremos los Servicios Cubiertos cuando se brinden mediante telesalud. Una aseguradora puede exigir copagos o coaseguros por la cobertura de un servicio prestado por medio de telesalud, asumiendo que sean por lo menos tan favorables para el asegurado como los establecidos para el mismo servicio cuando no se presta por medio de telesalud. Los Servicios Cubiertos que se brinden mediante telesalud pueden estar sujetos a requisitos de Revisión de la Utilización y de garantía de calidad, y a otros términos y condiciones del Contrato que sean al menos tan favorables como aquellos requisitos para el mismo servicio cuando no se brinda mediante telesalud. Se entiende por "Telesalud" el uso de tecnologías de la información y comunicación por parte de un Proveedor Participante para brindar Servicios Cubiertos a Usted cuando Su ubicación es distinta a la de su Proveedor.

**M. Administración de Casos.**
Administración de casos ayuda a coordinar los servicios para los Miembros con necesidades de atención médica, debido a enfermedades graves, complejas y/o crónicas. Nuestros programas coordinan los beneficios y educan a los Miembros que aceptan formar parte del programa de Administración de Casos para ayudar a satisfacer las necesidades asociadas a su salud.

Nuestros programas de Administración de Casos son confidenciales y voluntarios. Estos programas se brindan sin costo adicional y no cambian los Servicios Cubiertos. Si Usted cumple con los criterios del programa y acepta formar parte de este, 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 Su representante autorizado, Médico(s) tratante(s) y demás Proveedores. Además, podemos brindar asistencia en la coordinación de la atención con programas y servicios comunitarios existentes para satisfacer Sus necesidades, que puede incluir darle información sobre las agencias externas, y los programas y servicios comunitarios.

En ciertos casos de enfermedad o lesión grave o crónica, podemos proveer beneficios para una atención alternativa a través de Nuestro programa de Administración de Casos, que no están establecidos como un Servicio Cubierto. También podemos extender los Servicios Cubiertos más allá del beneficio máximo de este Contrato. Tomaremos Nuestra decisión en función del caso si determinamos que el beneficio alternativo o extendido es lo mejor para Usted y para Nosotros.

Nada de lo aquí dispuesto podrá impedir que Usted apele Nuestra decisión. Si decidimos proveer beneficios extendidos o aprobar una atención alternativa en un caso, no estamos obligados a proveerle los mismos beneficios de nuevo a Usted o a cualquier otro Miembro. Nos reservamos el derecho, en cualquier momento, de modificar o dejar de proveer los beneficios extendidos o de aprobar la atención alternativa. En tal caso, le notificaremos a Usted o a Su representante por escrito.

**Números de teléfono y direcciones importantes**

- RECLAMACIONES

MetroPlusHealth
P.O. Box 830480
Birmingham, AL 35283-0480 (Envíe los formularios de reclamación a esta dirección).

- RECLAMOS, QUEJAS Y APELACIONES DE REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN
  Llame al número que figura en Su tarjeta de identificación

- FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE FACTURAS SORPRESA
  MetroPlusHealth
  Customer Service Department 50 Water Street, 7th Floor
  New York, NY 10004
  Envíe los formularios de certificación de facturas sorpresa a esta dirección).

- EMERGENCIAS MÉDICAS Y ATENCIÓN DE URGENCIA 1-800-303-9626 (TTY: 711)
  De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

- SERVICIOS AL MIEMBRO
  1-800-303-9626 (TTY: 711)
  De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

- AUTORIZACIÓN PREVIA
  1-800-303-9626 (TTY: 711)

- SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL 1-800-303-9626 (TTY: 711)

- NUESTRO SITIO WEB
  www.metroplus.org

## SECCIÓN III

## Acceso a la atención y a la atención transitoria

### A. Autorización de un Proveedor No Participante.

Si determinamos que no hay un Proveedor Participante que tenga la formación y experiencia adecuadas para tratar Su afección, aprobaremos una autorización de un Proveedor No Participante adecuado. Su Proveedor Participante debe solicitar la aprobación previa de la autorización para consultar a un Proveedor No Participante específico. La aprobación de autorizaciones de los Proveedores No Participantes no se hará para Su conveniencia o la de otro Proveedor de tratamiento y puede que no necesariamente sea para el Proveedor No Participante que Usted solicitó. Si aprobamos la autorización, todos los servicios prestados por el Proveedor No Participante están sujetos a un plan de tratamiento aprobado por Nosotros 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 provistos por un Proveedor Participante. Usted será responsable solamente de cualquier otro Costo Compartido aplicable dentro de la red. En caso de que no se apruebe una autorización, no se Cubrirán los servicios prestados por un Proveedor No Participante.

### B. Cuándo un Especialista puede ser Su Médico de Atención Primaria.

Si Usted tiene una afección que amenaza la vida o una enfermedad o afección degenerativa e incapacitante que requiere atención médica especializada durante un largo período de tiempo, Usted puede pedir que un Especialista que es Proveedor Participante sea Su PCP. Vamos a consultar con el Especialista y Su PCP, y decidiremos si el Especialista debe ser Su PCP. Cualquier autorización será de conformidad con un plan de tratamiento aprobado por Nosotros en consulta con Su PCP, el Especialista y Usted. No aprobaremos un Especialista no participante, a menos que determinemos que no hay un Proveedor adecuado en Nuestra red. Si aprobamos 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 provistos por un Proveedor Participante. Usted será responsable solamente de cualquier otro Costo Compartido aplicable dentro de la red.

### C. Autorización permanente a un Especialista Participante.

Si Usted necesita atención especializada en forma continua, puede recibir una “Autorización permanente” a un Especialista que sea un Proveedor Participante. Esto significa que Usted no necesitará una nueva autorización de Su PCP cada vez que tenga que ver a ese Especialista. Consultaremos con el Especialista y Su PCP, y decidiremos si Usted debe tener una autorización permanente. Cualquier autorización será de conformidad con 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 período durante el cual las visitas están autorizadas, y puede requerir que el Especialista le provea 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 hay un Proveedor adecuado en Nuestra red. Si aprobamos una autorización permanente para 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 provistos por un Proveedor Participante.

Usted será responsable solamente de cualquier otro Costo Compartido aplicable dentro de la red.

**D. Centro de Atención Especializada.**
Si Usted tiene una afección que amenaza la vida o una enfermedad o afección degenerativa e incapacitante que requiere atención médica especializada durante un largo período de tiempo, Usted 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, del gobierno federal o de una organización nacional de salud que demuestra tener conocimientos especiales para el tratamiento de Su enfermedad o afección. Consultaremos con Su PCP, Su Especialista y el centro de atención especializada para decidir si aprobaremos o no dicha autorización. Cualquier autorización será de conformidad con un plan de tratamiento desarrollado por el centro de atención especializada que Nosotros hayamos aprobado en consulta con Su PCP o con Su Especialista y Usted. No aprobaremos una autorización a un centro de atención especializada no participante, a menos que determinemos que no hay un centro de atención especializada adecuado en Nuestra red. Si aprobamos una autorización a 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 solamente de cualquier otro Costo Compartido aplicable dentro de la red.

**E. Cuando su Proveedor deja la Red.**
Si Usted está en un tratamiento continuo cuando su Proveedor abandona Nuestra red, entonces podrá seguir recibiendo los Servicios Cubiertos para el tratamiento continuo del Proveedor Participante anterior por un máximo de 90 días a partir de la fecha en que la obligación contractual de Su Proveedor de prestarle servicios a Usted expira. Si Usted está embarazada, puede continuar recibiendo la atención de su antiguo Proveedor Participante hasta después del parto y durante la atención posparto que esté directamente relacionada con el parto.

El Proveedor debe aceptar como pago la tarifa negociada que estaba en vigor antes de la finalización de Nuestra relación laboral con el Proveedor. El Proveedor también debe proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con Su atención y cumplir con Nuestras políticas y procedimientos, los cuales incluyen aquellos para asegurar la calidad de la atención, obtener Autorizaciones Previas, autorizaciones y un plan de tratamiento aprobado por Nosotros. Usted recibirá los Servicios Cubiertos como si fueran provistos por un Proveedor Participante. Usted será responsable solamente de cualquier otro Costo Compartido aplicable dentro de la red. Tenga en cuenta que, si finalizamos Nuestra relación contractual con el Proveedor debido a fraude, daño inminente a los pacientes o acción disciplinaria definitiva tomada por un consejo u organismo del estado que perjudique la capacidad del Proveedor para ejercer, no podrá continuar el tratamiento con ese Proveedor.

**F. Nuevos Miembros con un tratamiento en curso.**
Si Usted está en tratamiento continuo con un Proveedor No Participante cuando Su cobertura conforme a este Contrato entra en vigor, es posible que pueda recibir los Servicios Cubiertos para el tratamiento continuo del Proveedor No Participante durante un máximo de 60 días a partir de la fecha de entrada en vigor de Su cobertura conforme a este Contrato.

Este tratamiento debe ser por una enfermedad o afección que amenace la vida o por una afección o enfermedad degenerativa e incapacitante. También puede continuar recibiendo la atención de un Proveedor No Participante si Usted está en el segundo o tercer trimestre de embarazo cuando Su cobertura conforme a este Contrato entre en vigor. Puede continuar recibiendo la atención hasta el parto, así como cualquier servicio de posparto directamente relacionado con el parto.

Para que Usted pueda seguir recibiendo los Servicios Cubiertos por 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 estar de acuerdo en que debe proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con Su atención y cumplir con Nuestras políticas y procedimientos, los cuales incluyen aquellos para asegurar la calidad de la atención, obtener Autorizaciones Previas, Remisiones y un plan de tratamiento aprobado por Nosotros. Si el Proveedor está de acuerdo con estas condiciones, Usted recibirá los Servicios Cubiertos como si fueran provistos por un Proveedor Participante. Usted será responsable solamente de cualquier otro Costo Compartido aplicable dentro de la red.

## SECCIÓN IV

## Costos Compartidos y Monto Permitido

**A. Copagos.**
Excepto cuando se indique lo contrario, Usted tiene que pagar los Copagos, o montos fijos, que se indican en la sección "Tabla de Beneficios" de este Contrato para los Servicios Cubiertos. Sin embargo, cuando el Monto Permitido para un servicio es menor que el Copago, Usted es responsable del monto menor.

**B. Coseguro.**
Excepto cuando se indique lo contrario, Usted debe pagar un porcentaje del Monto Permitido por los Servicios Cubiertos. Nosotros pagaremos el porcentaje restante del Monto Permitido como se muestra en la sección Tabla de Beneficios de este Contrato.

**C. Límite de desembolso personal.**
Cuando haya alcanzado Su Límite de Desembolso Personal en el pago de Costos Compartidos por el Año del Plan de acuerdo con la sección “Tabla de Beneficios” de este Contrato, Nosotros le proveeremos la cobertura del 100% del Monto Permitido para los Servicios Cubiertos de la red por lo que resta del Año del Plan.

Los Costos Compartidos para los servicios fuera de la red, a excepción de los Servicios de Emergencia y los servicios fuera de la red que Nosotros aprobemos como una excepción dentro de la red y las diálisis fuera de la red, no se toman en cuenta para Su Límite de Desembolso Personal. La Autorización Previa, descrita como multa de notificación en la sección Cómo Funciona Su Cobertura de este Contrato, no se aplica en su Límite de Desembolso Personal. El Límite de Desembolso Personal corre en base al Año del Plan.

**D. Monto Permitido.**
“Monto Permitido” se refiere al monto máximo que Nosotros pagaremos por los servicios o suministros cubiertos por este Contrato antes de que cualquier monto de Copago o Coaseguro aplicable se reste. Determinamos el Monto Permitido de la siguiente manera:

El Monto Permitido para los Proveedores Participantes será el monto que Nosotros hemos negociado con el Proveedor Participante.

1. **Fármacos Administrados por un Médico.**
   En el caso de fármacos administrados por un Médico, utilizamos metodologías de brecha que son similares a la metodología para fijación de precios que utiliza el Centro para Servicios de Medicare y Medicaid, y que produce tarifas basadas en los costos de adquisición publicados o en el precio mayorista promedio de los fármacos. Estas metodologías actualmente son elaboradas por RJ Health Systems, Thomson Reuters (publicadas en su Libro Rojo), o por Nosotros con base en un recurso desarrollado de manera interna para la fijación de precios si

   las otras metodologías no tienen disponible información sobre los precios de un fármaco administrado por un Médico o si existen circunstancias especiales que justifiquen un ajuste al alza respecto a las otras metodologías de fijación de precios.

Consulte la sección Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia de este Contrato para verificar el Monto Permitido para los Servicios de Emergencia prestados por Proveedores No Participantes. Consulte la sección Servicios de Ambulancia y Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalaria de este Contrato para ver el Monto Permitido para los servicios médicos de emergencia prehospitalarios provistos por Proveedores No Participantes.

## SECCIÓN V

## A quién Cubre

### A. A quién Cubre este Contrato.

Usted, el Suscriptor a nombre de quien se expide el presente Contrato, está cubierto por este Contrato. Usted debe vivir o residir en Nuestra Área de Servicio para tener la cobertura de este Contrato. Usted debe tener ingresos del hogar superior al 138% hasta el 200% del Nivel Federal de Pobreza. Si está inscrito en Medicare o Medicaid, o en un seguro médico asequible Patrocinado por el Empleador, Usted no es elegible para adquirir este Contrato. Además, si Su ingreso es superior al 138% del Nivel Federal de Pobreza, Usted no es elegible para adquirir este Contrato si Usted es menor de 19 años de edad, mayor de 64 años de edad, o está embarazada.

Usted debe informar los cambios que podrían afectar su elegibilidad a lo largo del año, inclusive si ha quedado embarazada. Si usted queda embarazada mientras esté inscrita en este producto, será elegible para obtener Medicaid. Recomendamos a las mujeres embarazadas que se inscriban en Medicaid para asegurarse de que los bebés recién nacidos tengan cobertura continua desde su nacimiento, ya que los bebés recién nacidos no tienen cobertura en virtud del Essential Plan. Si Usted está haciendo la transición a Medicaid, Su bebé recién nacido automáticamente será inscrito en Medicaid desde el nacimiento sin una brecha en la cobertura.

### B. Tipos de cobertura.

El único tipo de cobertura ofrecido bajo el Essential Plan es cobertura Individual, que significa que únicamente Usted está cubierto. Si Sus familiares adicionales también se encuentran cubiertos en el Essential Plan, recibirán un Contrato distinto.

### C. Inscripción.

Usted puede inscribirse en este Contrato durante cualquier momento del año. Si el NYSOH recibe Su selección el o antes del 15 de cualquier mes, Su cobertura comenzará el 1.° del siguiente mes. Si NYSOH recibe Su selección el o antes del 16 del mes, Su cobertura comenzará el 1.° del siguiente mes. Por ejemplo, si Usted hace la selección el 16 de enero, entonces Su cobertura comenzaría el 1 de marzo. Si el NYSOH recibe Su selección el 15 de diciembre o antes, Su cobertura comenzará el 1 de enero.

## SECCIÓN VI

## Atención preventiva

Consulte la sección Tabla de Beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos Compartidos, los límites de días o visitas y cualquier requisito de Autorización Previa o de Remisión que se apliquen a estos beneficios.

**Atención preventiva.**
Cubrimos los siguientes servicios con el propósito de promover la buena salud y la detección temprana de la enfermedad. Los servicios preventivos no están sujetos a Costos Compartidos (Copagos y Coaseguros) cuando los provea un Proveedor Participante y de acuerdo con las directrices generales respaldadas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) o si los artículos o servicios tienen una calificación "A" o "B" del Grupo Especial de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés) o si las inmunizaciones son recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés). Sin embargo, los Costos Compartidos se pueden aplicar a los servicios prestados durante la misma visita que los servicios de prevención. 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, el monto de Costos Compartidos, que de otra forma correspondería para la visita al consultorio, se aplica de todas formas. Puede ponerse en contacto con Nosotros llamando al número que aparece en Su tarjeta de identificación o visitando Nuestro sitio web en www.metroplus.org para obtener una copia de las directrices generales respaldadas por HRSA, los artículos o servicios con una calificación "A" o "B" por parte de USPSTF y las inmunizaciones recomendadas por ACIP.

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

   Los ejemplos de artículos o servicios con una calificación "A" o "B" de USPSTF incluyen, pero no se limitan a, exámenes de presión arterial para adultos, prueba de detección de cáncer de pulmón, prueba de detección de cáncer colorrectal, prueba de detección de abuso del alcohol, prueba de detección de depresión y de diabetes. En nuestro sitio web en www.metroplus.org encontrará una lista completa de los servicios preventivos Cubiertos, o le enviaremos una por correo cuando la solicite.

   Usted tiene derecho a un examen físico una vez por año calendario, independientemente de si han transcurrido 365 días desde la última visita del examen físico o no. Los exámenes de la vista no incluyen refracciones.

   Este beneficio no está sujeto a Copagos o Coaseguros cuando se provee de acuerdo con las directrices generales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios tienen una calificación "A" o "B" de la USPSTF.

B. **Inmunizaciones de adultos.** Cubrimos inmunizaciones para adultos según lo

recomendado por ACIP. Este beneficio no está sujeto a Copagos, Deducibles o Coaseguros cuando se provee de acuerdo con las recomendaciones de ACIP.

C. **Exámenes de la mujer sana.** Cubrimos los exámenes de la mujer sana que consisten en un examen ginecológico de rutina, un examen de los senos y una prueba anual de detección de cáncer cervical, incluyendo servicios de laboratorio y de diagnóstico en relación con la evaluación de las pruebas de detección de cáncer cervical. También Cubrimos la atención preventiva y pruebas de detección, según lo dispuesto en las directrices generales respaldadas por HRSA y los artículos o servicios con una calificación "A" o "B" de USPSTF. En nuestro sitio web en www.metroplus.org encontrará una lista completa de los servicios preventivos Cubiertos, o le enviaremos una por correo cuando la solicite. Este beneficio no está sujeto a Copagos o Coaseguros cuando se provee de acuerdo con las directrices generales respaldadas por HRSA y cuando los artículos o servicios tienen una calificación "A" o "B" de USPSTF, el cual puede ser menos frecuente que lo anteriormente descrito.

D. **Mamografías, examen de detección y diagnóstico por imágenes para la detección de cáncer de mama.** Cubrimos mamografías, que pueden ser realizadas por tomosíntesis de mama (es decir, mamografías 3D) para la detección de cáncer de mama de la
siguiente manera:

- Una (1) mamografía de detección de referencia para las Miembros de 35 a 39 años; y
- Una (1) mamografía de detección anual para las Miembros de 40 años en adelante.

Si una miembro de cualquier edad tiene un historial de cáncer de mama o su pariente de primer grado tiene un historial de cáncer de mama, Cubrimos las mamografías según lo recomendado por el Proveedor de la miembro. Sin embargo, en ningún caso se Cubrirá más de una (1) mamografía de detección preventiva por Año del Plan.

Las mamografías para la detección del cáncer de mama no están sujetas a Copagos o Coseguros cuando son provistas por un Proveedor Participante.

También Cubrimos exámenes de detección y diagnósticos por imágenes adicionales para la detección del cáncer de mamá, incluso mamografías de diagnóstico, ecografías y resonancias magnéticas de los senos. El examen de detección y el diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama, incluidas mamografías de diagnóstico, ecografías y resonancias magnéticas de los senos no están sujetos a Copagos, Deducibles o Coseguros cuando las provee un Proveedor Participante.

E. **Servicios de Planificación Familiar y de Salud Reproductiva.** Cubrimos servicios de planificación familiar que constan de métodos anticonceptivos aprobados por la FDA recetados por un Proveedor, que no estén de otro modo Cubiertos 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 control de los efectos secundarios, asesoramiento sobre adhesión continua e inserción y extracción de dispositivos; y procedimientos de esterilización para las mujeres. Tales servicios no están sujetos a Copagos o Coseguros cuando son provistos por un Proveedor Participante.

También Cubrimos vasectomías sujetas a Copagos o Coaseguros.

No Cubrimos los servicios relacionados con la reversión de esterilizaciones electivas.

F. **Pruebas o mediciones de la densidad mineral ósea.** Nosotros Cubrimos mediciones o pruebas de la densidad mineral ósea, y los Medicamentos Recetados y dispositivos aprobados por la FDA o los 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 la densidad mineral ósea, los medicamentos o los dispositivos deberán incluir aquellos que estén cubiertos en virtud del programa federal de Medicare y aquellos que estén de acuerdo con los criterios de los Institutos Nacionales de Salud. Usted calificará para la Cobertura si reúne los criterios en virtud del programa federal Medicare o los criterios de los Institutos Nacionales de Salud o si tiene cualquiera de las siguientes condiciones:

- Fue diagnosticado anteriormente con osteoporosis o tiene antecedentes familiares de osteoporosis;
- Tiene síntomas o condiciones indicativas de presencia o riesgo significativo de osteoporosis;
- Está en un régimen de Medicamentos Recetados que suponen un riesgo significativo de osteoporosis;
- Los factores de su estilo de vida suponen hasta cierto punto un riesgo significativo de osteoporosis; o
- Tiene la edad, el sexo u otras características fisiológicas tales que suponen un riesgo significativo de osteoporosis.

También Cubrimos pruebas de detección de osteoporosis, según lo dispuesto en las directrices generales respaldadas por HRSA y los artículos o servicios con una calificación "A" o "B" de USPSTF.

Este beneficio no está sujeto a Copagos o Coseguros cuando se provee por un Proveedor Participante y de acuerdo con las directrices generales respaldadas por la HRSA y los artículos o servicios tienen una calificación “A” o “B” del USPSTF, que quizá no incluya todos los servicios antes mencionados tales como medicamentos y dispositivos.

G. **Examen de detección de cáncer de próstata.** Cubrimos un examen de diagnóstico estándar por año, el cual incluye, pero no se limita a, un examen rectal digital y un análisis del antígeno específico de la próstata para hombres de 50 años o más que sean asintomáticos y para los hombres de 40 años o más con un historial familiar de cáncer de próstata u otros factores de riesgo de cáncer de próstata. También

Cubrimos las pruebas estándar de diagnóstico que incluyen, pero no se limitan a, un examen rectal digital y un análisis del antígeno prostático específico a cualquier edad para los hombres que tienen historial previo de cáncer de próstata.

Este beneficio no está sujeto a Copagos, Deducibles o Coseguros cuando se provee por un Proveedor Participante.

**H.** **Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP).** Cubrimos los servicios de prevención de la diabetes provistos por programas reconocidos por los CDC para las personas con riesgo de presentar diabetes Tipo 2. Este beneficio cubre 22 sesiones de capacitación en grupo a lo largo de 12 meses. Puede ser elegible para los servicios del NDPP si tiene una recomendación de un médico u otro profesional autorizado y tiene al menos 18 años, no está embarazada actualmente, tiene sobrepeso y no ha sido diagnosticado previamente con diabetes tipo 1 o tipo 2, Y cumple con una de las siguientes condiciones:

- Ha tenido un resultado dentro del rango prediabético en una prueba de sangre durante el último año, o
- Anteriormente ha recibido un diagnóstico de diabetes gestacional, O
- Obtiene 5 puntos o más en la prueba de riesgo de prediabetes del CDC y la Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés).

**I.** **Prueba de detección de cáncer de colon.** Cubrimos pruebas de detección de cáncer de colon para miembros de 45 a 75 años, incluidos todos los exámenes de cáncer de colon y pruebas de laboratorio de acuerdo con la USPSTF para personas de riesgo promedio. Este beneficio incluye una colonoscopía inicial u otra prueba médica para la detección del cáncer de colon y una colonoscopía de seguimiento realizada debido a un resultado positivo de una prueba de detección preventiva que no sea colonoscopía.

## SECCIÓN VII

## Servicios de ambulancia y Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalaria

Consulte la sección Tabla de Beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos Compartidos, los límites de días o visitas y cualquier requisito de Autorización Previa o de Remisión que se apliquen a estos beneficios. Los Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalaria y los servicios de ambulancia para el tratamiento de una Afección de Emergencia no requieren Autorización Previa.

**A. Transporte en ambulancia en casos de emergencia.**

**1. Servicios Médicos de Emergencias Prehospitalarias.** Cubrimos los Servicios Médicos de Emergencias Prehospitalarias en todo el mundo para el tratamiento de una Afección de Emergencia cuando tales servicios son prestados por un servicio de ambulancias.

"Servicios Médicos de Emergencias Prehospitalarias" significa la pronta evaluación y el tratamiento de una Afección de Emergencia o el transporte terrestre a un Hospital. Los servicios deben ser prestados por un servicio de ambulancia según certificado emitido en virtud de la Ley de Salud Pública de Nueva York. Sin embargo, Nosotros solo Cubriremos el transporte a un Hospital realizado por tal servicio de ambulancia cuando una persona prudente, con conocimiento promedio de medicina y salud, pudiera razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata pudiera implicar lo siguiente:

- El peligro grave a la salud de la persona que padece esa afección, o con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido o, en el caso de una enfermedad conductual, la puesta en peligro de tal persona u otras;
- El grave deterioro de las funciones corporales de dicha persona;
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de esa persona; o
- Una desfiguración grave de esa persona.

Un servicio de ambulancia debe mantenerle indemne y no puede cobrarle ni solicitarle el reembolso por Servicios Médicos de Emergencias Prehospitalarias, excepto para el cobro de cualquier Copago, Coseguro o Deducible aplicable. Si no hay una tarifa negociada, Nosotros le pagaremos a un Proveedor No Participante el cargo usual y habitual por los Servicios Médicos de Emergencias Prehospitalarias, que no deberá ser excesivo ni irrazonable. El cargo usual y habitual por Servicios Médicos de Emergencias Prehospitalarias es el menor de la tarifa de salud ACEPTABLE en el percentil 80 o los cargos facturados por el proveedor.

**2. Transporte en ambulancia en casos de emergencia.** Además de los Servicios de Emergencias Prehospitalarias, también Cubrimos el transporte de emergencia en ambulancia en todo el mundo de un servicio de ambulancia con licencia (ya sea una ambulancia por tierra, agua o aire) al Hospital más cercano donde se pueden prestar Servicios de Emergencia. Esta cobertura incluye transporte de emergencia en ambulancia a un Hospital cuando en el Centro de origen no se pueda tratar Su Afección de Emergencia.

B. Transporte en ambulancia en casos que no sean emergencias.
Cubrimos el transporte en ambulancia en casos que no sean de emergencia, realizado por

un servicio de ambulancia con licencia (ya sea ambulancia terrestre o aérea, según el caso), entre los centros cuando el transporte sea uno de los siguientes:

- Desde un Hospital no participante a un Hospital participante;
- A un Hospital que ofrece un mayor nivel de atención que no estaba disponible en el Hospital de origen;
- A un Centro de atención Aguda más rentable; o
- Desde un Centro de Atención Aguda a un entorno de Atención Intermedia.

**C. Limitaciones/términos de la cobertura.**

- No Cubrimos los gastos de viaje o de transporte, a menos que se relacionen con una Afección de Emergencia o debido a una transferencia a un Centro aprobada por Nosotros, aunque lo haya prescrito un Médico.
- No Cubrimos los transportes que no sean en ambulancia, tales como *ambulette*, camionetas o taxis.
- La cobertura de ambulancia aérea relacionada con una Afección de Emergencia o de ambulancia aérea relacionada con el transporte que no sea de emergencia se proporciona cuando Su afección médica es tal que el transporte en ambulancia terrestre no es apropiado; y Su estado de salud requiere del transporte inmediato y rápido en una ambulancia que no puede ser terrestre; y una (1) de las siguientes situaciones se cumplen:
    - El punto de recogida es inaccesible en vehículo terrestre; o
    - Las distancias largas u otros obstáculos (por ejemplo: el 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 Tabla de Beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos Compartidos, los límites de días o visitas y cualquier requisito de Autorización Previa o de Remisión que se apliquen a estos beneficios.

**A. Servicios de emergencia.**
Cubrimos los Servicios de Emergencia para el tratamiento de una Afección de Emergencia en un Hospital.

Definimos **"Afección de Emergencia"** de la siguiente manera: Una afección médica o conductual que se manifiesta con síntomas Agudos de suficiente gravedad, inclusive dolor agudo, tal que una persona prudente, con conocimiento promedio de medicina y salud, pudiera razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata pudiera implicar lo siguiente:

- La puesta en peligro de la salud de la persona que padece tal afección o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido o, en el caso de una afección conductual, la puesta en peligro de tal persona u otras;
- El grave deterioro de las funciones corporales de dicha persona;
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de esa persona; o
- Una desfiguración grave de esa persona.

Por ejemplo, una Afección de Emergencia puede incluir, pero no se limita a, las siguientes afecciones:

- Dolor intenso en el pecho
- Lesiones graves o múltiples
- Dificultad grave para respirar
- Cambio repentino en el estado mental (por ejemplo: desorientación)
- Hemorragias graves
- Dolor Agudo o afecciones que requieren atención inmediata, como sospecha de ataques al corazón o de apendicitis
- Envenenamientos
- Convulsiones

Se proporcionará cobertura de los Servicios de Emergencia para el tratamiento de Su Afección de Emergencia, independientemente de si el Proveedor es un Proveedor Participante o no. También Cubriremos los Servicios de Emergencia para tratar Su Afección de Emergencia en todo el mundo. Sin embargo, Cubriremos únicamente los Servicios de Emergencia y suministros que sean Médicamente Necesarios y que se provean para tratar o estabilizar Su Afección de Emergencia en un Hospital.

Siga las instrucciones que se indican a continuación, independientemente de si está o no está en Nuestra Área de Servicio en el momento en que Su Afección de Emergencia se produzca:

1. **Visitas al Departamento de Emergencias del Hospital.** En caso de que Usted necesite tratamiento para 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 se Cubren en un Departamento de Emergencias.**

   **No Cubrimos la atención de seguimiento o la atención de rutina provista en el Departamento de Emergencias de un Hospital.** Debe ponerse en contacto con Nosotros para asegurarse de que Usted reciba la atención de seguimiento adecuada.

2. **Admisiones de emergencia en el Hospital.** En caso de que se le **ingrese** en un Hospital, Usted o alguien en Su nombre debe notificarnos al número de teléfono que aparece en este Contrato y en Su tarjeta de identificación en las 48 horas posteriores a Su ingreso o tan pronto como sea razonablemente posible.

   Cubrimos los servicios hospitalarios como paciente hospitalizado después de la Atención del Departamento de Emergencias en un Hospital no participante al Costo Compartido de la red. Si Su afección médica permite Su traslado a un Hospital participante, se lo notificaremos y organizaremos el traslado.

3. **Pagos relativos a los Servicios de Emergencia prestados.** Le pagaremos a un Proveedor Participante el monto que hemos negociado con el Proveedor Participante por los Servicios de Emergencia.
   Le pagaremos a un Proveedor No Participante el monto que hemos negociado con el Proveedor No Participante por el Servicio de Emergencia o un monto que hayamos determinado que es razonable para el Servicio de Emergencia o el cargo del Proveedor No Participante. Sin embargo, el monto negociado o el monto que determinemos que es razonable no excederán del cargo del Proveedor No Participante.

   Si se presenta un conflicto en relación con el pago por los Servicios de Emergencia ante una entidad de resolución de conflictos independiente (IDRE), pagaremos el monto, si lo hubiera, conforme a la determinación de la IDRE por los servicios.

   Usted es responsable de cualquier Costo Compartido dentro de la red. A Usted no se le podrán imputar los cargos de Proveedores No Participantes que excedan Su Costo Compartido dentro de la red. El Proveedor No Participante solo puede emitirle una factura por Su Costo Compartido dentro de la red. Si recibe una factura de un Proveedor No Participante que supera su Costo Compartido dentro de la red, debe comunicarse con Nosotros.

**B. Atención de Urgencia.**

La Atención de Urgencia es la atención médica por una enfermedad, lesión o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención médica de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención del Departamento de Emergencias. La Atención de Urgencia normalmente está disponible después del horario de oficina normal, inclusive las noches y fines de semana. Si necesita atención fuera del horario de atención, incluso por la noche, los

fines de semana o los feriados, tiene opciones. Puede llamar al consultorio de Su proveedor para obtener instrucciones o visitar un Centro de Atención de Urgencias. Si tiene una Afección de Emergencia, busque atención inmediata en el Departamento de Emergencias del Hospital más cercano o llame al 911. **La Atención de Urgencia está cubierta en Nuestra Área de Servicio.**

1. **Dentro de la red.** Cubrimos la Atención de Urgencia de un Médico Participante o de un Centro de Atención de Urgencias participante. No es necesario ponerse en contacto con Nosotros antes o después de Su visita.

2. **Fuera de la red:**

   No Cubrimos la Atención de Urgencia de un Médico o Centro de Atención de Urgencias no participante.

**Si la Atención de Urgencia conlleva un ingreso de emergencia, por favor siga las instrucciones para ingresos hospitalarios de emergencia descritos anteriormente.**

## SECCIÓN IX

## Servicios para pacientes ambulatorios y profesionales

Consulte la sección Tabla de Beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos Compartidos, los límites de días o visitas y cualquier requisito de Autorización Previa o de Remisión que se apliquen a estos beneficios.

**A. Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes.**
Cubrimos las tomografías PET (tomografías por emisión de positrones), MRI (imagen de resonancia magnética), de medicina nuclear y las tomografías computarizadas.

**B. Pruebas y tratamientos para alergias.**
Cubrimos pruebas y evaluaciones, inclusive las inyecciones y las pruebas de escarificación y punción, para determinar la existencia de una alergia. También Cubrimos tratamientos de alergias, inclusive tratamientos de desensibilización, inyecciones rutinarias de alergia y sueros.

**C. Servicios en un Centro Quirúrgico Ambulatorio.**
Cubrimos los procedimientos quirúrgicos realizados en Centros Quirúrgicos Ambulatorios, inclusive los servicios y suministros proporcionados por el centro en el día en que se realice la cirugía.

**D. Quimioterapia e Inmunoterapia.**
Cubrimos la quimioterapia e inmunoterapia en un Centro ambulatorio o en el consultorio de un Profesional de Atención Médica. La quimioterapia e inmunoterapia puede ser administrada por inyección o infusión. Los medicamentos administrados por vía oral contra el cáncer se cubren en virtud de la sección “Cobertura de Medicamentos Recetados” de este Contrato.

**E. Servicios Quiroprácticos.**
Cubrimos la atención quiropráctica cuando la realiza un Doctor en Quiropráctica (“quiropráctico”) en relación con la detección o corrección por medios manuales o mecánicos de un desequilibrio estructural, distorsión o subluxación en el cuerpo humano, con el fin de eliminar interferencias nerviosas y sus efectos, cuando tal interferencia es el resultado o está relacionada con la distorsión, mal alineamiento o subluxación de la columna vertebral. Esto incluye la evaluación, la manipulación y las modalidades. Se Cubrirá cualquier prueba de laboratorio de conformidad con los términos y condiciones de este Contrato.

**F. Estudios clínicos.**
Cubrimos los costos rutinarios de paciente por Su participación en un estudio clínico aprobado y tal cobertura no deberá estar sujeta a la Revisión de la Utilización si Usted:

- Es elegible para participar en un estudio clínico aprobado para tratar el cáncer u otra enfermedad o afección que amenace la vida; y
- Fue referido por un Proveedor Participante que haya concluido que Su participación en el estudio clínico sería adecuada.

Todos los demás estudios clínicos, incluso cuando Usted no tenga cáncer u otra

enfermedad o afección que amenace la vida, pueden estar sujetos a las secciones de Revisión de la Utilización y Apelación Externa de este Contrato.

No Cubrimos: los costos de los medicamentos o dispositivos en fase de investigación; los costos de los servicios no médicos necesarios para que Usted reciba el tratamiento; los costos de la gestión de la investigación o los costos que no se Cubrirían bajo este Contrato para tratamientos no relacionados con la investigación que se provean en el estudio clínico.

Un "estudio clínico aprobado" se refiere a un estudio clínico de fase I, II, III o IV que:

- Está federalmente financiado o aprobado;
- Se lleva a cabo bajo la solicitud de un medicamento en fase de investigación revisado por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal; o
- Es un ensayo con medicamentos que están exentos de tener que presentar una solicitud de medicamento nuevo en fase de investigación.

**G. Diálisis.**

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

También Cubrimos los tratamientos de diálisis proporcionados por un Proveedor No Participante sujeto a todas las siguientes condiciones:

- El Proveedor No Participante está debidamente autorizado para la práctica y autorizado a realizar el tratamiento.
- El Proveedor No Participante se encuentra fuera de nuestra Área de Servicio.
- El Proveedor Participante que le está tratando ha emitido una orden escrita que indica que el tratamiento de diálisis por el Proveedor No Participante es necesario.
- Usted nos notifica por escrito al menos 30 días antes de la fecha de tratamiento propuesto(s) e incluye la orden escrita mencionada. El período de 30 días de anticipación puede acortarse cuando hay que viajar por aviso súbito, debido a una emergencia familiar o de otro tipo, siempre que tengamos una oportunidad razonable de revisar Su viaje y planes de tratamiento.
- Tenemos el derecho de otorgar una Autorización Previa del tratamiento de diálisis y el horario.
- Proporcionaremos beneficios por no más de 10 tratamientos de diálisis para un Proveedor No Participante por año calendario.
- Los beneficios para los servicios de un Proveedor No Participante están cubiertos cuando se cumplen todas las condiciones anteriores, y están sujetos a cualquier Costo Compartido aplicable que corresponda para los tratamientos de diálisis por parte de un Proveedor Participante. Sin embargo, también es responsable de pagar la diferencia entre el monto que habríamos abonado 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 ambulatorio de un Centro o en el consultorio de un Profesional de Atención Médica por un máximo de 60 visitas por afección por Año del Plan. El límite de visitas se aplica a todas las terapias combinadas. A los efectos de este beneficio, se

entiende “por afección” la enfermedad o lesión causante de la necesidad de la terapia.

### I. Atención Médica a Domicilio.

Cubrimos la atención recibida en Su hogar, provista por una Agencia de Atención Médica a Domicilio certificada o con licencia provista por la agencia estatal correspondiente. La atención se debe proporcionar de acuerdo con el plan de tratamiento escrito de Su Médico y debe ser en lugar de la Hospitalización o el confinamiento en un Centro de Enfermería Especializada. La atención a domicilio incluye:

- Atención de enfermería de medio tiempo o intermitente bajo la supervisión de un profesional de enfermería certificado;
- Servicios de un asistente para la salud en el hogar de medio tiempo o intermitentes;
- Fisioterapia, terapia ocupacional o del habla si la proporciona la Agencia de Salud a Domicilio; y
- Suministros médicos, Medicamentos Recetados y Medicamentos Recetados por un Médico, y los servicios de laboratorio realizados por la Agencia de Salud a Domicilio certificada, o en su representación, en la medida que dichos artículos hubieran sido Cubiertos durante la Hospitalización o el confinamiento en un Centro de Enfermería Especializada.

La Atención Médica a Domicilio se limita a 40 visitas por Año del Plan. Cada visita de un miembro de la Agencia de Salud a Domicilio se considera una (1) visita. Cada visita de hasta cuatro (4) horas de un asistente para la salud en el hogar se considera como una (1) visita. Todos los Servicios de Rehabilitación o Habilitación recibidos bajo este beneficio no reducirán la cantidad de servicios disponibles según los beneficios de los Servicios de Rehabilitación y Habilitación.

### J. Tratamiento para la infertilidad.

Cubrimos los servicios para el diagnóstico y el tratamiento (médico y quirúrgico) de la infertilidad. La "infertilidad" es una enfermedad o afección caracterizada por la incapacidad de fecundar a otra persona o de concebir, definida por no poder generar un embarazo clínico después de 12 meses de relaciones sexuales regulares y sin protección o de la inseminación terapéutica de un donante, o después de seis (6) meses de relaciones sexuales regulares y sin protección o de la inseminación terapéutica de un donante para una mujer de 35 años o más. Pueden garantizarse la evaluación o el tratamiento previos en función de los antecedentes médicos y los hallazgos físicos del Miembro.

Esta cobertura está disponible de la siguiente manera:

1. **Servicios básicos de infertilidad.** Se proporcionarán servicios básicos de infertilidad a un Suscriptor que sea un candidato adecuado para el tratamiento de la infertilidad. Con el fin de determinar la elegibilidad, utilizaremos los lineamientos establecidos 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:
   - La evaluación inicial;
   - El análisis de semen;

- La evaluación de laboratorio;
- La evaluación de la función ovulatoria;
- La prueba postcoital;
- La biopsia endometrial;
- El ultrasonido pélvico;
- La histerosalpingografía;
- La histerosonografía;
- La biopsia testicular;
- Los análisis de sangre; y
- El tratamiento médicamente adecuado para la disfunción ovulatoria.

Se pueden Cubrir pruebas adicionales si se determina que las pruebas son Médicamente Necesarias.

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

   Los servicios integrales de infertilidad incluyen:
   - La inducción y el control de la ovulación;
   - El ultrasonido pélvico;
   - La inseminación artificial;
   - La histeroscopia;
   - La laparoscopia; y
   - La laparotomía.

3. **Servicios de conservación de la fertilidad.** Cubrimos servicios estándar de conservación de la fertilidad cuando un tratamiento médico causa directa o indirectamente la infertilidad yatrógena. Los servicios estándar de conservación de la fertilidad incluyen la recolección, la conservación y el almacenamiento de óvulos o esperma. “Infertilidad yatrógena" se refiere a una deficiencia de Su fertilidad a raíz de una cirugía, radiación, quimioterapia u otro tratamiento médico que afecta los órganos o los procesos reproductivos.
4. **Exclusiones y limitaciones.** No Cubrimos:
   - Fertilización in vitro
   - Las transferencias intrafalopianas de gametos o las transferencias intrafalopianas de cigotos;
   - Los costos asociados con un donante de óvulos o esperma, incluidos los gastos médicos del donante;
   - Crioconservación y almacenamiento de óvulos o esperma, excepto cuando son para servicios de conservación de la fertilidad;
   - La criopreservación y el almacenamiento de los embriones;
   - Los kits de predicción de la ovulación;
   - La reversión de la ligadura de trompas;
   - La reversión de la vasectomía;
   - Los costos en relación con la maternidad subrogada que no son Servicios Cubiertos según este Contrato:
   - La clonación; o

- Los procedimientos médicos y quirúrgicos que son experimentales o de investigación, a menos que un Agente de Apelación Externa revoque Nuestra denegación.

Todos los servicios deben ser prestados por Proveedores que estén calificados para proporcionar dichos servicios de acuerdo con las directrices establecidas y adoptadas por la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva. No discriminaremos por motivos de Su expectativa de vida, discapacidad presente o prevista, grado de dependencia médica, calidad de vida percibida ni otras afecciones médicas, ni por motivos de características personales, incluida edad, sexo, orientación sexual, estado civil o identidad de género, cuando determinemos la cobertura en virtud de este beneficio.

**K. Terapia de infusión.**

Cubrimos terapias de infusión, que consisten en la administración de medicamentos mediante sistemas especializados de entrega. Se considera terapia de infusión a la administración de medicamentos o nutrientes directamente en las venas. Los medicamentos administrados por vía oral o inyectables no se consideran terapia de infusión. Los servicios deben ser indicados por un Médico u otro Profesional de Atención Médica autorizado y siempre deben ser brindados en un consultorio o por una agencia autorizada o certificada para proporcionar terapia de infusión. Las visitas para terapia de infusión en el hogar cuentan para Su límite de visitas de atención médica a domicilio.

**L. Interrupción del embarazo.**

Cubrimos los servicios de aborto. La Cobertura de servicios de aborto incluye cualquier Medicamento recetado para un aborto, incluidos los Medicamentos genéricos y los Medicamentos de marca, incluso si esos Medicamentos recetados no han sido aprobados por la FDA para abortos, si el Medicamento recetado es un medicamento reconocido para abortos en uno de los siguientes compendios de referencia:

- Las Listas Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS;
- Las Directrices de la OMS para la atención del aborto; o
- Informe del estudio de consenso de las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina.

Los servicios de aborto no están sujetos a costos compartidos cuando los brinda un Proveedor participante.

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

Cubrimos radiografías, procedimientos de laboratorio y pruebas, servicios y materiales de diagnóstico, inclusive radiografías de diagnóstico, radioterapia, fluoroscopia, electrocardiogramas, electroencefalogramas, pruebas de laboratorio y servicios de radiología terapéutica.

**N. Maternidad y cuidado neonatal.**

Cubrimos servicios de asistencia por maternidad proporcionados por un Médico o matrona, enfermero especializado, Hospital o centro de maternidad. Cubrimos la atención prenatal (inclusive una (1) visita para pruebas genéticas), la atención posnatal, el parto y las complicaciones del embarazo. Para que se Cubran los servicios de una matrona, esta debe contar con una licencia de acuerdo con el Artículo 140 de la Ley de Educación de Nueva York, ejercer de acuerdo con la Sección 6951 de la Ley de Educación y estar afiliada o

ejercer en relación con un Centro autorizado de conformidad con el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de Nueva York. No pagaremos por los servicios de rutina repetitivos proporcionados tanto por una matrona como por un Médico. Consulte la sección "Servicios para pacientes hospitalizados" de este Contrato para la cobertura de asistencia hospitalaria por maternidad.

Cubrimos el apoyo, el asesoramiento y suministros para la lactancia materna, inclusive el costo del alquiler o la compra de un (1) extractor de leche por embarazo por la duración de la lactancia materna, ya sea que provenga de un Proveedor Participante o de un vendedor 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 servicios y suministros hospitalarios como se describen en la sección "Servicios para pacientes hospitalizados" de este Contrato que se le puedan proporcionar a Usted mientras recibe tratamiento en un Centro ambulatorio. Por ejemplo, los Servicios Cubiertos incluyen, pero no se limitan a la terapia de inhalación, la rehabilitación pulmonar, la terapia de infusión y la rehabilitación cardíaca. A menos

que reciba exámenes previos al ingreso, los Hospitales no son Proveedores Participantes para procedimientos y pruebas de laboratorio ambulatorios.

**Q. Pruebas previas al ingreso.**
Cubrimos las pruebas previas al ingreso ordenadas por Su Médico y realizadas en Centros de atención ambulatoria del Hospital antes de una cirugía programada en el mismo Hospital, siempre que:

- Las pruebas sean necesarias y compatibles con el diagnóstico y el tratamiento de la afección por la cual la cirugía se va a realizar;
- Las reservas de una cama de Hospital y sala de operaciones se hayan realizado con anterioridad a la realización de las pruebas;
- La cirugía se lleve a cabo en los siete (7) días posteriores a las pruebas; y
- El paciente esté físicamente presente en el Hospital para las pruebas.

**R. Medicamentos Recetados para su uso en el Consultorio y en Centros para Pacientes Ambulatorios.**
Cubrimos Medicamentos Recetados (excepto autoinyectables) utilizados por Su Proveedor en el consultorio con fines preventivos y terapéuticos. Este beneficio aplica cuando Su Proveedor realiza el pedido de los Medicamentos Recetados y se los administra.
Cuando se Cubren los Medicamentos Recetados según este beneficio, no se cubrirán bajo la sección "Cobertura de Medicamentos Recetados" de este Contrato.

**S. Servicios de Rehabilitación.**
Cubrimos los Servicios de Rehabilitación que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional en el departamento ambulatorio de un Centro o en el consultorio de un

Profesional de Atención Médica por un máximo de 60 visitas por afección por Año del Plan. El límite de visitas se aplica a todas las terapias combinadas. A los efectos de este beneficio, se entiende “por afección” la enfermedad o lesión causante de la necesidad de la terapia.

Cubrimos la fisioterapia y terapia del habla solo cuando:

- Dicha terapia se relacione con el tratamiento o el diagnóstico de su enfermedad física o lesión;
- La terapia la ordene un Médico; y
- Usted haya sido hospitalizado o sometido a cirugía por la enfermedad o lesión.

Los Servicios de Rehabilitación Cubiertos deben comenzar en los seis (6) meses posteriores a que ocurra:

- La fecha de la lesión o enfermedad que causó la necesidad de la terapia;
- La fecha en que es dado de alta de un Hospital donde se hizo el tratamiento quirúrgico, o
- La fecha de la atención quirúrgica ambulatoria.

En ningún caso, la terapia continuará más allá de 365 días después de tal evento.

**T. Segundas opiniones.**

1. **Segunda opinión sobre cáncer.** Cubrimos una segunda opinión médica de un Especialista apropiado, inclusive, pero sin limitarse a, un Especialista afiliado a un centro de atención especializada, en el caso de un diagnóstico positivo o negativo de cáncer o de una recidiva de cáncer o de una recomendación de un tratamiento para cáncer. Usted puede obtener una segunda opinión de un Proveedor No Participante en función de la red interna cuando Su Médico tratante proporcione una Remisión escrita a un Especialista No Participante.

2. **Segunda opinión quirúrgica.** Cubrimos una segunda opinión quirúrgica por un Médico calificado cuando se necesite una cirugía.

3. **Segunda opinión quirúrgica requerida.** Es posible que necesite una segunda opinión antes de que proveamos la Autorización Previa de un procedimiento quirúrgico. No hay ningún costo para Usted cuando pidamos una segunda opinión.
    - La segunda opinión debe ser dada por un Especialista certificado por la junta que personalmente lo examine a Usted.
    - Si la primera y la segunda opinión no están de acuerdo, Usted puede obtener una tercera opinión.
    - Los consultores de la segunda y tercera opinión quirúrgica no pueden realizarle la cirugía.

**4. Segundas opiniones en otros casos.** Es posible que haya otros casos en los que Usted no esté de acuerdo con el tratamiento recomendado por un Proveedor. En estos casos, Usted puede solicitar que se designe a otro Proveedor para que le provea una segunda opinión. Si la primera y la segunda opinión no están de acuerdo, designaremos a otro Proveedor para obtener una tercera opinión. Después de completar el proceso de la segunda opinión, aprobaremos los Servicios Cubiertos con el respaldo de la mayoría

de los Proveedores que revisan Su caso.

**U. Servicios quirúrgicos.**
Cubrimos los servicios de Médicos para procedimientos quirúrgicos, inclusive los procedimientos de operación y corte para el tratamiento de una enfermedad o lesión, y la reducción cerrada de fracturas y dislocaciones de los huesos, endoscopías, incisiones o perforaciones de la piel de un paciente hospitalizado y ambulatorio, incluidos los servicios del cirujano o Especialista, el asistente (que incluye el ayudante de un Médico o un enfermero especializado) y el anestesista o anestesiólogo, junto con la atención pre y posoperatoria. Los beneficios no están disponibles para los servicios de anestesia proporcionados como parte de un procedimiento quirúrgico cuando los presta el cirujano o el ayudante del cirujano.

Si se Cubren múltiples procedimientos quirúrgicos durante la misma sesión operatoria a través de la misma o diferentes incisiones, pagaremos:

- Por el procedimiento con el Monto Permitido más alto, y
- El 50% del monto que, de lo contrario, pagaríamos por los otros procedimientos.

**V. Cirugía bucal.**
Cubrimos los siguientes procedimientos quirúrgicos dentales y bucales limitados:

- Procedimientos quirúrgicos orales para huesos de la mandíbula o los tejidos circundantes y servicios dentales para la reparación o el reemplazo de los dientes naturales sanos que se requieran debido a una lesión accidental. El reemplazo está Cubierto solo cuando la reparación no sea posible. Los servicios odontológicos deben obtenerse dentro de los 12 meses posteriores a la lesión.
- Procedimientos quirúrgicos orales para huesos de la mandíbula o los tejidos circundantes y los servicios odontológicos necesarios debido a una enfermedad o anomalía congénita.
- Procedimientos quirúrgicos orales requeridos para la corrección de una afección fisiológica no odontológica que ha dado lugar a un impedimento funcional grave.
- Remoción de los tumores y quistes que requieren el examen patológico de las mandíbulas, las mejillas, los labios, la lengua, el techo y el piso de la boca. Los quistes relacionados con los dientes no están Cubiertos.
- Los procedimientos médicos quirúrgicos/no quirúrgicos de los trastornos de la articulación temporomandibular y la cirugía ortognática.

**W. Cirugía de reconstrucción mamaria.**

Cubrimos la cirugía de reconstrucción mamaria o de caja torácica después de una mastectomía o mastectomía parcial. La cobertura incluye: todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se ha realizado la mastectomía o mastectomía parcial, la cirugía y reconstrucción del otro seno o de la pared torácica para producir una apariencia simétrica y las complicaciones físicas de la mastectomía parcial o mastectomía, inclusive linfedemas, de la manera que Usted y Su Médico tratante determinen adecuada. La cirugía de reconstrucción de la pared torácica incluye el cierre plano estético según lo define el Instituto Nacional del Cáncer. También Cubrimos las prótesis mamarias implantadas después de una mastectomía o mastectomía parcial.

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

Cubrimos la cirugía reconstructiva y la cirugía correctiva distintas a 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; o
- Es inherente a la cirugía o posterior a la cirugía que fue necesaria debida a un traumatismo, una infección o enfermedad de la parte involucrada; o
- Es Médicamente Necesaria.

**Y. Programa de telemedicina.**

Además de proveer Servicios Cubiertos mediante telesalud, Cubrimos consultas en línea a través de Internet entre Usted y los Proveedores que participan en Nuestro programa de telemedicina para afecciones médicas que no son una Afección de Emergencia. No todos los Proveedores Participantes participan en Nuestro programa de telemedicina. Usted puede consultar Nuestro Directorio de proveedores o comunicarse con Nosotros para obtener una lista de Proveedores que participan en Nuestro programa de telemedicina.

Incorporamos la telesalud con la prestación de Su atención médica a través de diversos canales digitales. Usted puede usar una aplicación de su teléfono inteligente o llamar y conectarse con un médico con licencia que evaluará Su problema médico y lo tratará o le dará las indicaciones según sea necesario, 24 horas al día, 7 días a la semana. Comuníquese con Servicios al Miembro o visite

metroplusvirtualvisit.com para obtener más información.

**Z. Trasplantes.**

Cubrimos solamente los trasplantes determinados como no experimentales y no de investigación. Los trasplantes cubiertos incluyen, pero no se limitan a los trasplantes de riñón, córnea, hígado, corazón, páncreas y pulmón, así como trasplantes de médula ósea para anemia aplásica, leucemia, enfermedad de inmunodeficiencia combinada grave y síndrome de Wiskott-Aldrich.

**Todos los trasplantes deben ser prescritos por Su Especialista(s). Además, todos los trasplantes se deben realizar en los Hospitales que hemos aprobado y designado específicamente como Centros de Excelencia para llevar a cabo estos procedimientos.**

Cubrimos el Hospital y los gastos médicos, incluso las tasas de búsqueda de donantes, del Miembro receptor. Cubrimos los servicios de trasplante solicitados por Usted cuando Usted sirva como donante de órganos solo si cubrimos al destinatario. No Cubrimos los gastos médicos de una persona sin cobertura que esté actuando como donante para Usted si los gastos de la persona sin cobertura serán cubiertos por otro plan de salud o programa.

No Cubrimos: los gastos de viaje, alojamiento, comidas u otros arreglos para los donantes o invitados; los gastos de donantes relacionados con la cirugía del trasplante de órgano o el cultivo y almacenamiento de las células madre provenientes de la sangre del cordón umbilical.

## SECCIÓN X

## Beneficios, equipos y dispositivos adicionales

Consulte la sección Tabla de Beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos Compartidos, los límites de días o visitas y cualquier requisito de Autorización Previa o de Remisión que se apliquen a estos beneficios.

**A. Equipos, suministros y educación sobre el autocontrol para diabéticos.**
Cubrimos el equipo, los suministros y la educación para el autocontrol para diabéticos si lo recomienda o prescribe un Médico u otro Profesional de Atención Médica autorizado legalmente autorizado para prescribir de conformidad con el título 8 de la Ley de Educación de Nueva York según lo descrito a continuación:

1. **Equipos y suministros.**
   Cubrimos los siguientes equipos y suministros relacionados para el tratamiento de la diabetes cuando sean recetados por Su Médico u otro Proveedor autorizado legalmente para prescribir:
   - Tiras reactivas de acetona
   - Comprimidos reactivos de acetona
   - Alcohol o peróxido por la pinta
   - Toallitas con alcohol
   - Todo tipo de preparados de insulina
   - Kit de lancetas arteriales automático
   - Cartuchos para personas con discapacidad visual
   - Sistemas de manejo de datos para la diabetes
   - Insulina desechable y los cartuchos de pluma
   - Dispositivos de elaboración para los discapacitados visuales
   - Equipo para la utilización de la bomba
   - Glucagón inyectable para aumentar la concentración de glucosa en la sangre
   - Tiras de glucosa reactivas a la acetona
   - Kit de glucosa
   - Monitor de glucosa con o sin características especiales para personas con discapacidades visuales, soluciones de control y las tiras para el monitor de glucosa portátil
   - Cinta reactiva de glucosa
   - Tiras reactivas o prueba de glucosa
   - Ayudantes de inyección
   - Inyector (Busher) automático
   - Insulina
   - Entrega de cartucho de insulina
   - Dispositivos de infusión de insulina
   - Bomba de insulina
   - Lancetas
   - Agentes orales, tales como comprimidos y geles de glucosa
   - Agentes antidiabéticos orales utilizados para reducir los niveles de azúcar en la sangre

- Jeringa con aguja, caja estéril de 1 cc
- Productos de pruebas de orina para la glucosa y cetonas
- Suministros adicionales según los designe el Comisionado de Salud del Estado de Nueva York por reglamentos como apropiado para el tratamiento de la diabetes.

Los equipos y suministros para diabéticos están Cubiertos únicamente cuando se obtienen por parte de un fabricante designado de equipos y suministros para diabéticos, que tenga un acuerdo con Nosotros para que provea todos los equipos y suministros para diabéticos requeridos por ley para los Miembros a través de farmacias participantes. Si Usted necesita determinado artículo que no lo tiene disponible Nuestro fabricante designado de equipos y suministros para diabéticos, Usted o Su Proveedor deben presentar una solicitud de excepción médica llamando al número que figura en Su tarjeta de identificación. Nuestro director médico tomará todas las determinaciones de excepciones médicas.
Los equipos y suministros para diabéticos están limitados a un suministro de 30 días hasta un máximo de 90 días cuando se adquieren en una farmacia.

2. **Educación para el autocontrol.**
La educación para el autocontrol de la diabetes está diseñada para educar a las personas con diabetes a autocontrolar y tratar adecuadamente su afección diabética, la cual incluye información sobre dietas adecuadas. Cubrimos la educación para el autocontrol y la nutrición cuando: la diabetes se diagnostica por primera vez; un Médico diagnostica un cambio significativo en Sus síntomas o afección que requiera un cambio en su educación para el autocontrol o cuando un curso de actualización sea necesario. Debe proporcionarse de acuerdo con lo siguiente:
   - Por un Médico, u otro Proveedor de Atención Médica autorizado para prescribir de conformidad con el Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York, o su personal durante una visita al consultorio;
   - Tras la Remisión de Su Médico u otro Proveedor de Atención Médica autorizados para prescribir de conformidad con el Título 8 de la Ley de Nueva York a los siguientes educadores en salud no Médicos: profesionales de enfermería educadores en diabetes certificados, nutricionistas certificados, dietistas certificados y dietistas registrados en un entorno de grupo cuando sea posible; y
   - La educación también se proporcionará en Su casa cuando sea Médicamente Necesario.

3. **Limitaciones.**
Se proveerán los artículos en cantidades que sean de conformidad con el plan de tratamiento desarrollado por el Médico para Usted. Solo Cubrimos los modelos básicos de monitores de glucosa en sangre, a menos que tenga necesidades especiales en relación con problemas de visión o ceguera, o si es Médicamente Necesario por otro motivo.

**Terapia escalonada para equipos y suministros para diabéticos.** La terapia escalonada es un programa que requiere que Usted prueba un tipo de Medicamento Recetado, suministro o equipo para la diabetes, a menos que otro Medicamento Recetado, suministro o equipo sea Médicamente Necesario. Los Medicamentos

Recetados, suministros y equipos para diabéticos que están sujetos a la terapia escalonada incluyen:

- Medidores de glucosa en sangre y tiras reactivas;
- Suministros para diabéticos (entre ellos, jeringas, lancetas, agujas, plumas);
- Insulina;
- Agentes antidiabéticos inyectables; y
- Agentes antidiabéticos orales.

Estos artículos también requieren una Autorización Previa y se revisará su Necesidad Médica. Para los Medicamentos Recetados para la diabetes, consulte las disposiciones de la terapia escalonada en la sección Medicamento Recetado y las disposiciones de la sección Determinación de la anulación del protocolo de terapia escalonada en la sección Revisión de la Utilización en este Contrato.

**B. Equipo Médico Duradero y aparatos ortopédicos.**

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

1. **Equipo Médicos Duradero.**

   El Equipo Médico Duradero es el equipo que:

   - Está diseñado e ideado para su uso repetido;
   - Se usa principal y habitualmente para propósitos médicos;
   - Por lo general, no es útil para una persona en la ausencia de enfermedad o lesión; y
   - Es apropiado para su uso en casa.

   La cobertura es solo para equipos estándar. Cubrimos el costo de las reparaciones o los reemplazos cuando resultan necesarios por el desgaste normal derivado del uso. No Cubrimos el costo de las reparaciones o los reemplazos que sean el resultado del mal uso.
   Determinaremos si se alquila o se compra dicho equipo. No Cubrimos equipos médicos duraderos sin receta.

   No Cubrimos el equipo diseñado para Su comodidad o conveniencia (como piscinas, bañeras de hidromasaje, aire acondicionado, saunas, humidificadores, deshumidificadores, aparatos de gimnasia), ya que no cumplen con la definición de Equipo Médico Duradero.

2. **Aparatos ortopédicos.**

   Cubrimos aparatos ortopédicos, incluso corsés ortopédicos, que se usan externamente y que temporal o permanentemente ayuden a la totalidad o a parte de una función de una parte externa del cuerpo que se ha perdido o dañado debido a una lesión, enfermedad o defecto. La cobertura es solo para equipos estándar. Cubrimos reemplazos cuando el crecimiento o un cambio en Su afección médica hagan que el reemplazo sea necesario. No cubrimos el costo de las reparaciones o los reemplazos que sean el resultado del mal uso.

**C. Audífonos.**

1. **Aparatos auditivos externos.**
Cubrimos los audífonos requeridos para la corrección de una deficiencia auditiva (una reducción en la capacidad de percibir el sonido que puede variar de leve a sordera completa). Los audífonos son dispositivos amplificadores electrónicos diseñados para que el sonido llegue al oído más eficazmente. Un audífono consta de un micrófono, amplificador y receptor.

Los Servicios Cubiertos están disponibles para un audífono que se adquiere como resultado de una recomendación escrita por un Médico e incluyen el audífono y los gastos de ajuste y pruebas asociados. Cubrimos una sola compra (que incluye la reparación o el reemplazo) de aparatos auditivos para uno (1) o ambos oídos una vez cada tres (3) años.

2. **Implantes cocleares.**
Cubrimos prótesis auditivas implantadas en el hueso (es decir, implantes cocleares) cuando son Médicamente Necesarios para corregir un impedimento auditivo. Algunos ejemplos de casos en los que las prótesis auditivas implantadas en el hueso son Médicamente Necesarias son:
   - Anomalías craneofaciales en que los canales auditivos anormales o la ausencia total de estos impiden el uso de un audífono portátil; o
   - Pérdida de audición de suficiente gravedad que no se puede remediar adecuadamente mediante un audífono portátil.

Se le proporcionará cobertura para un (1) aparato auditivo durante todo el período que esté inscrito conforme a este Contrato. Cubrimos los reemplazos y/o reparaciones de un aparato auditivo anclado al hueso solo por mal funcionamiento.

3. **Audífonos de venta libre.**
Cubrimos audífonos de venta libre recomendados por un Proveedor. También cubrimos cualquier costo asociado con la adaptación y prueba de dichos audífonos. Consulte la sección Cuadro de beneficios de este contrato para conocer los requisitos o límites de costos compartidos que se aplican a los audífonos de venta libre.

**D. Cuidados Paliativos.**
Los Cuidados Paliativos están disponibles si Su Médico de Atención Primaria tratante ha certificado que Usted tiene seis (6) meses o menos de vida. Cubrimos Cuidados Paliativos como paciente hospitalizado en un Hospital o en un centro de cuidados paliativos, y servicios de atención a domicilio y ambulatorios provistos por el centro de cuidados paliativos, inclusive medicamentos y suministros médicos. Se proporciona cobertura para 210 días de Cuidados Paliativos. También Cubrimos cinco (5) visitas para la atención de apoyo y orientación, con el fin de ayudarlo a Usted y a Su familia inmediata a lidiar con los problemas emocionales y sociales relacionados con Su muerte, ya sea antes o después de Su muerte.

Cubrimos los Cuidados Paliativos solo cuando formen parte de un programa de Cuidados Paliativos certificado de acuerdo con el Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de Nueva York. Si la atención se presta fuera del estado de Nueva York, el centro de cuidados paliativos debe estar certificado bajo un proceso de certificación similar al exigido por el estado en que se encuentre el centro de cuidados paliativos. No se proporciona cobertura

para: arreglos para el funeral, consejería pastoral, financiera o legal; o cuidado casero, vigilante, ni atención de relevo.

**E. Suministros médicos.**
Cubrimos los suministros médicos que se necesitan para el tratamiento de una enfermedad o lesión que esté Cubierta por este Contrato. También Cubrimos los suministros de mantenimiento (por ejemplo, materiales de ostomía) para las afecciones Cubiertas conforme a este Contrato. Todos estos suministros deben estar en la cantidad adecuada para el tratamiento o programa de mantenimiento en curso. No Cubrimos suministros médicos sin receta. Consulte la sección de Equipos, suministros y educación para el autocontrol para diabéticos de este Contrato que aparece más arriba para una descripción de la Cobertura de suministros para diabéticos.

**F. Prótesis.**

1. **Dispositivos protésicos externos.**
   Cubrimos prótesis (inclusive pelucas) que se usan externamente y que reemplacen temporal o permanentemente la totalidad o parte de una parte externa del cuerpo que se ha perdido o dañado a causa de una lesión o enfermedad. Cubrimos pelucas solo cuando se tenga pérdida de cabello severa debido a una lesión o enfermedad o como un efecto secundario del tratamiento de una enfermedad (por ejemplo, quimioterapia). No Cubrimos las pelucas hechas con pelo humano, a menos que Usted sea alérgico a todos los materiales de pelucas sintéticas.

   No Cubrimos las dentaduras postizas u otros dispositivos utilizados en relación con los dientes, a menos que se requieran debido a una lesión accidental en dientes naturales sanos o a causa de enfermedad o anomalía congénita.

   Los anteojos y lentes de contacto no están Cubiertos por este Contrato y solo están Cubiertos por la sección "Atención oftalmológica" del presente Contrato.

   No Cubrimos las plantillas.

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

   La cobertura es solo para equipos estándar.

   Cubrimos el costo de una (1) prótesis por extremidad de por vida. También Cubrimos el costo de las reparaciones o los reemplazos de la prótesis y sus partes. No Cubrimos el costo de las reparaciones o los reemplazos cubiertos por la garantía o cuando sean el resultado del mal uso.

2. **Prótesis internas.**
   Cubrimos las prótesis quirúrgicamente implantadas y los aparatos especiales si mejoran o restauran la función de una parte interna del cuerpo que se haya quitado o dañado debido a una enfermedad o lesión. Esto incluye a las prótesis mamarias implantadas después de una mastectomía o mastectomía parcial en la forma que Usted y Su Médico tratante determinen que es apropiado.

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

La cobertura es solo para equipos estándar.

## SECCIÓN XI

## Servicios para pacientes hospitalizados

Consulte la sección Tabla de Beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos Compartidos, los límites de días o visitas y cualquier requisito de Autorización Previa o de Remisión que se apliquen a estos beneficios.

**A. Servicios hospitalarios.**
Cubrimos servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados para la atención o el tratamiento Agudo dado u ordenado por un Profesional de Atención Médica para una enfermedad o lesión de gravedad tal que deba ser tratada como paciente hospitalizado, la cual incluye:

- Habitación semiprivada y comida;
- Cuidados generales, especiales y fundamentales de enfermería;
- Comidas y dietas especiales;
- El uso de salas y equipos de operación, recuperación y cistoscopia;
- El uso de las unidades y los equipos de cuidados intensivos, cuidados especiales o cuidados cardíacos;
- Elementos diagnósticos y terapéuticos, como fármacos y medicamentos, sueros, productos biológicos y vacunas, preparaciones intravenosas y tintes de visualización y su administración, pero no incluye aquellos que no están disponibles en el mercado para la compra ni se obtienen fácilmente por parte del Hospital;
- Vendajes y yesos;
- Suministros y el uso de equipos en relación con oxígeno, anestesia, fisioterapia, quimioterapia, electrocardiógrafos, electroencefalogramas, exámenes de rayos X y radioterapia, pruebas de laboratorio y exámenes patológicos;
- La sangre y los productos sanguíneos, excepto cuando la participación en un programa de sustitución voluntaria de sangre esté disponible para Usted;
- Terapia de radiación, terapia de inhalación, quimioterapia, rehabilitación pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca;
- Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional a corto plazo; y
- Todos los servicios médicos y suministros adicionales que se presten mientras Usted sea un paciente hospitalizado registrado y que haya facturado el Hospital.

Los requisitos de Costo Compartido en la sección Tabla de Beneficios de este Contrato son aplicables a una internación hospitalaria continua, la cual consiste en días consecutivos de servicio en el Hospital recibido como paciente hospitalizado u hospitalizaciones sucesivas cuando el alta y el nuevo ingreso al Hospital ocurran dentro de un período de no más de 90 días por las mismas causas o por causas relacionadas.

**B. Servicios de observación.**
Cubrimos los servicios de observación en un Hospital. Los servicios de observación son los servicios ambulatorios del Hospital proporcionados para ayudar a un Médico a decidir si le ingresa al centro o le da de alta. Estos servicios incluyen el uso de una cama y el seguimiento periódico por parte de personal de enfermería u otro personal autorizado.

**C. Servicios médicos para pacientes hospitalizados.**
Cubrimos las visitas médicas por un Profesional de Atención Médica en cualquier día de la

atención para pacientes hospitalizados Cubierta por este Contrato.

**D. Estancia de pacientes hospitalizados para atención de maternidad.**
Cubrimos la asistencia hospitalaria por maternidad en un Hospital para la madre y la asistencia hospitalaria del recién nacido en un Hospital, por lo menos, 48 horas después de un parto normal y, por lo menos, 96 horas después de un parto por cesárea, con independencia de que dicha atención sea Médicamente Necesaria. La atención recibida incluirá educación para los padres, asistencia y formación en la lactancia o el biberón, y la realización de las evaluaciones clínicas maternas y neonatales necesarias. También Cubriremos los días adicionales de la atención que determinemos que sea Médicamente Necesaria. En el caso de que la madre decida dejar el Hospital y solicite una visita de atención a domicilio antes de que finalice el período de cobertura mínimo de 48 horas o de 96 horas, Cubriremos una visita de atención a domicilio. La visita de atención a domicilio se prestará dentro de las 24 horas posteriores al alta de la madre, o en el momento de la solicitud de la madre, si esta es posterior. Nuestra cobertura de esta visita de atención médica domiciliaria será adicional a las visitas de atención médica a domicilio conforme a este Contrato y no estarán sujetas a las cantidades de Costo Compartido estipuladas en la sección “Tabla de Beneficios” de este Contrato que se aplican a los beneficios de atención domiciliaria.

También cubrimos el uso de leche humana pasteurizada de donadores para pacientes internados, que puede incluir refuerzos cuando sea Médicamente Necesario, y para el que un Profesional de Atención Médica haya expedido una orden para un bebé que sea médica o físicamente incapaz de recibir leche materna, amamantarse, o cuya madre sea médica o físicamente incapaz de producir leche materna en absoluto o en cantidad suficiente o de amamantar, pese a recibir soporte óptimo para la lactancia. El bebé debe tener un peso documentado al nacimiento de menos de mil quinientos gramos, o una afección congénita o adquirida que lo ponga en riesgo elevado de presentar enterocolitis necrotizante.

**E. Estancia como paciente hospitalizado para cuidados de mastectomía.**
Cubrimos los servicios como paciente hospitalizado para los Miembros sometidos a una disección de ganglio linfático, lumpectomía, mastectomía o mastectomía parcial para el tratamiento del cáncer de mama y las complicaciones físicas derivadas de la mastectomía, inclusive el linfedema, por el período de tiempo que Usted y Su Médico tratante hayan determinado como médicamente apropiado.

**F. Servicios de Donación de Sangre Autóloga.**
Cubrimos los servicios de bancos de sangre autóloga solo cuando están siendo proporcionados en relación con un procedimiento programado para pacientes hospitalizados cubiertos para el tratamiento de una enfermedad o lesión. En tales casos, Cubrimos las tarifas de almacenamiento por un período razonable de almacenamiento que sea adecuado para tener disponible la sangre cuando se necesite.

**G. Servicios de Habilitación.**

Cubrimos los Servicios de Habilitación de hospitalización que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional hasta 60 días consecutivos 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. La visita se aplica a todas las terapias combinadas.

Cubrimos la fisioterapia y terapia del habla solo cuando:
1. Dicha terapia se relacione con el tratamiento o el diagnóstico de su enfermedad o lesión;
2. La terapia la ordene un Médico; y
3. Usted haya sido hospitalizado o sometido a cirugía por la enfermedad o lesión.

Los Servicios de Rehabilitación Cubiertos deben comenzar en los seis (6) meses posteriores a que ocurra:
1. La fecha de la lesión o enfermedad que causó la necesidad de la terapia;
2. La fecha en que es dado de alta de un Hospital donde se hizo el tratamiento quirúrgico, o
3. La fecha de la atención quirúrgica ambulatoria.

**I. Centro de Enfermería Especializada.**
Cubrimos los servicios prestados en un Centro de Enfermería Especializada que incluyen la atención y el tratamiento en una habitación semiprivada, como se describe en la sección “Servicios hospitalarios” más arriba. No Cubrimos el cuidado supervisado, para convalecientes o a domicilio (consulte la sección "Exclusiones y limitaciones" de este Contrato). El ingreso en un Centro de Enfermería Especializada debe estar respaldado por un plan de tratamiento elaborado por su Proveedor y aprobado por Nosotros. Cubrimos hasta 200 días por Año del Plan para la atención sin custodia.

**J. Atención de enfermos terminales.**
Si Usted es diagnosticado con cáncer avanzado y tiene menos de 60 días de vida, cubriremos la atención aguda provista en un centro autorizado por la Sección 28 o en un Centro de cuidados Agudos que se especialice en el cuidado de pacientes con enfermedades terminales. Su Médico tratante y el director médico del Centro deben acordar que Su atención se prestará debidamente en el Centro. Si no estamos de acuerdo con Su ingreso en el Centro, tenemos el derecho de iniciar una Apelación Externa acelerada ante un Agente de Apelación Externa. Cubriremos y reembolsaremos al Centro por su atención, sujeto a las limitaciones aplicables conforme a este Contrato hasta que el Agente de Apelación Externa emita una decisión a Nuestro favor.

Reembolsaremos a los Proveedores No Participantes por esta atención de final de 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, le reembolsaremos la atención Aguda según las tarifas actuales de los servicios de atención Aguda de Medicare del Centro.
3. Si se trata de un nivel alternativo de atención, le reembolsaremos el 75% de las tarifas de Medicare correspondientes a atención Aguda.

**K. Limitaciones/términos de la cobertura.**

1. Cuando Usted está recibiendo atención como paciente hospitalizado en un Centro, no Cubriremos los gastos adicionales de servicios especiales de enfermería, los cargos por las habitaciones privadas (a menos que una habitación privada sea Médicamente Necesaria) o los medicamentos y suministros que Usted se lleve a casa del Centro. Si Usted ocupa una habitación privada y esta no es Médicamente Necesaria, Nuestra cobertura se basará en el cargo máximo del Centro por una habitación semiprivada. Usted tendrá que pagar la diferencia entre ese cargo y el cargo por la habitación privada.
2. No Cubrimos los gastos de radio, teléfono y televisión o los servicios de belleza o peluquería.
3. No Cubrimos los gastos incurridos después del día en el que le aconsejemos que ya no es Médicamente Necesario que Usted reciba la atención como paciente hospitalizado, a menos que Nuestra denegación sea revocada por un Agente de Apelación Externa.

## SECCIÓN XII

## Servicios de atención de salud mental y por consumo de sustancias

Consulte la sección Tabla de Beneficios de este Contrato para los requisitos de Costos Compartidos, los límites de días o visitas y cualquier requisito de Autorización Previa o de Remisión que se apliquen a estos beneficios, que sean más restrictivos que aquellos que se aplican a los beneficios médicos y quirúrgicos de conformidad con la Ley Federal de Paridad de Salud Mental y la Equidad de las Adicciones de 2008.

**A. Servicios de atención de salud mental.** Cubrimos los siguientes servicios de atención de salud mental para tratar trastornos de salud mental. A los efectos de este beneficio, "trastorno de salud mental" se refiere a cualquier alteración de salud mental definida en la más reciente edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de diagnósticos y estadísticas de los trastornos mentales).

1. **Servicios como paciente hospitalizado.** Cubrimos los servicios de salud mental como paciente hospitalizado relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de trastornos de salud mental comparables a otras coberturas hospitalarias, médicas y quirúrgicas similares provistas en el presente Contrato. La cobertura de los servicios de atención de salud mental como paciente hospitalizado se limita a los Centros definidos en la Sección 1.03(10) de la Ley de Higiene Mental de Nueva York, tal como:
   - Un centro psiquiátrico o para pacientes hospitalizados en la jurisdicción de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York;
   - Un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados dirigido por el gobierno local o estatal;
   - Un área de un Hospital que provea servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados bajo un certificado de operación emitido por el Comisionado de Salud Mental del Estado de Nueva York;
   - Un programa de emergencia psiquiátrica integral u otro Centro que provea servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados bajo un certificado de operación emitido por el Comisionado de Salud Mental del Estado de Nueva York;

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

   También Cubrimos los servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos de salud mental recibidos en Centros que proveen tratamiento domiciliario, incluidos los cargos de habitación y comida. La cobertura para los servicios de tratamiento domiciliario 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 domiciliario que sean parte de un centro de atención integral para trastornos alimenticios identificados de acuerdo con el Artículo 30 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York y, en otros estados, en Centros que estén autorizados o certificados para proveer el mismo nivel de tratamiento.

2. **Servicios ambulatorios.** Cubrimos los servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios, incluso, pero sin limitarse a, los servicios de programas de hospitalización parcial y servicios de programas ambulatorios intensivos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de salud mental. Cubrimos consultas de asesoría familiar durante un año del plan. La asesoría familiar incluye consultas de asesoría familiar con el afiliado presente y las consultas de asesoría familiar sin el afiliado presente. La cobertura de los servicios ambulatorios para la atención de salud mental incluye Centros que tienen un certificado de operación de acuerdo con el Artículo 31 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York o están dirigidos por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, y centros de estabilización de crisis autorizados en conformidad con la sección 36.01 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York y, en otros estados, Centros certificados o autorizados de manera similar; y los servicios provistos por un psiquiatra o psicólogo autorizado; un trabajador social clínico autorizado; un enfermero especializado autorizado; un asesor de salud mental autorizado; un terapeuta matrimonial y familiar autorizado; un psicoanalista autorizado o una corporación profesional o una corporación de grupos de docentes médicos. Los servicios ambulatorios también incluyen asesoría en nutrición para tratar un trastorno de salud mental.

3. **Trastorno del espectro autista.** Cubrimos los siguientes servicios cuando dichos servicios son prescritos u ordenados por un Médico o un psicólogo con licencia y cuando Nosotros hemos determinado que son Médicamente Necesarios para la detección, el diagnóstico o el tratamiento del trastorno del espectro autista. A los efectos de este beneficio, “trastorno del espectro autista” se refiere a cualquier trastorno generalizado del desarrollo definido en la más reciente edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de diagnósticos y estadísticas de los trastornos mentales) en el momento que se prestan los servicios.

    1. **Detección y diagnóstico.** Cubrimos los estudios, las evaluaciones y las pruebas para determinar si una persona tiene un trastorno del espectro autista.

    2. **Dispositivos de comunicación asistida.** Cubrimos una evaluación formal por parte de un patólogo del habla y del lenguaje para determinar la necesidad de un dispositivo de comunicación asistida. Basándose en la evaluación formal, Cubrimos el alquiler o la compra de equipos de comunicación asistida cuando es ordenado o prescrito por un Médico o un psicólogo autorizado, si Usted no es capaz de comunicarse a través de los medios normales (es decir, el habla o la escritura) cuando la evaluación indica que un dispositivo de comunicación asistida es probable que le proporcione una mejor comunicación. Ejemplos de dispositivos de comunicación asistida incluyen tableros de comunicación y dispositivos de generación de voz. La cobertura se limita a dispositivos específicos. Solo Cubriremos los dispositivos que generalmente no sean útiles para una persona que no tenga una deficiencia de la comunicación. No Cubriremos elementos, tales como, pero sin limitarse a, las computadoras portátiles, de escritorio o tabletas. Cubrimos el software y/o las aplicaciones que le permiten a una computadora portátil, de escritorio o tableta funcionar como un dispositivo generador de voz. La instalación del programa y/o soporte técnico no es reembolsable por separado.

Determinaremos si se debe alquilar o comprar el dispositivo.

Cubrimos los servicios de reparación, montaje y ajuste de los repuestos de dichos dispositivos cuando resulta necesario por el desgaste normal o cambio significativo en Su estado físico. No Cubrimos las reparaciones y los reemplazos que resulten necesarios debido a la pérdida o daños causados por el mal uso, maltrato o robo. Sin embargo, Cubriremos un (1) reemplazo o reparación según el tipo de dispositivo que sea necesario debido a problemas conductuales. Se proporcionará la cobertura para el dispositivo más adecuado para Su nivel funcional actual. No Cubrimos los cargos de entrega o servicio ni el mantenimiento de rutina.

3. **Tratamiento de salud conductual.** Cubrimos los programas de asesoramiento y tratamiento que son necesarios para desarrollar, mantener o restablecer, en la medida de lo posible, el funcionamiento de un individuo. Proporcionaremos dicha cobertura cuando un Proveedor autorizado proporcione tales programas. Cubrimos el análisis conductual aplicado cuando lo brinda un Profesional de Atención Médica con licencia o certificado en análisis conductual aplicado. Se entenderá por "análisis conductual aplicado" el diseño, la implementación y la evaluación de las modificaciones del medio ambiente, utilizando estímulos de comportamiento y consecuencias, para producir una mejora significativa en el comportamiento social humano, inclusive el uso de la observación directa, la medición y el análisis funcional de la relación entre medio ambiente y comportamiento.

4. **Atención psiquiátrica y psicológica.** Cubrimos los servicios directos o de consulta proporcionados por un psiquiatra, un psicólogo o un trabajador social clínico con licencia con la experiencia requerida por la Ley de Seguros de Nueva York, con licencia en el estado en el que esté ejerciendo.

5. **Atención terapéutica.** Cubrimos los servicios terapéuticos necesarios para desarrollar, mantener o restablecer, en la medida de lo posible, el funcionamiento del individuo cuando tales servicios los prestan terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales con licencia o certificación para tratar el trastorno del espectro autista y cuando los servicios prestados por dichos Proveedores estén Cubiertos bajo el presente Contrato. Salvo que esté prohibido por la ley, los servicios prestados en virtud de este apartado se incluyen en el máximo de visitas aplicable a los servicios de estos terapeutas o trabajadores sociales de conformidad con este Contrato.

6. **Atención farmacéutica.** Cubrimos los Medicamentos Recetados para tratar el trastorno del espectro autista que estén prescritos por un Proveedor autorizado legalmente para prescribir según el Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York. La cobertura de este tipo de Medicamentos Recetados está sujeta a todos los términos, disposiciones y limitaciones que se aplican a los beneficios de Medicamentos Recetados bajo este Contrato.

7. **Limitaciones.** No Cubrimos los servicios o tratamientos indicados anteriormente cuando tales servicios o tratamientos se proporcionen de conformidad con un plan

de educación individualizado bajo la Ley de Educación de Nueva York. La prestación de servicios de conformidad con un plan de servicio familiar individualizado según la Sección 2545 de la Ley de Salud Pública de Nueva York, 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 acuerdo con los reglamentos de la Oficina para Personas con Discapacidades de Desarrollo del Estado de Nueva York no podrán afectar la cobertura, bajo este Contrato, por los servicios prestados con carácter complementario fuera de un entorno educativo si esos servicios son prescritos por un Médico o psicólogo autorizados.

Usted es responsable de cualquier Copago o Coaseguro según las disposiciones aplicables de este Contrato por servicios similares. Por ejemplo, cualquier Copago o Coaseguro que corresponda a las visitas de fisioterapia, en general, también se aplicarán a los servicios de fisioterapia Cubiertos bajo este beneficio; y cualquier Copago o Coaseguro referente a los Medicamentos Recetados, por lo general, se aplicarán también a los Medicamentos Recetados cubiertos bajo este beneficio. Consulte la sección "Tabla de Beneficios" de este Contrato para conocer los requisitos de Costos Compartidos que se aplican a los servicios de análisis conductual y los dispositivos de comunicación asistida.

**B. Servicios por el consumo de sustancias.** Cubrimos los siguientes servicios por el consumo de sustancias para tratar trastornos por consumo de sustancias. A los efectos de este beneficio, “trastorno por consumo de sustancias” se refiere a cualquier alteración por el consumo de sustancias definida en la más reciente edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de diagnósticos y estadísticas de los trastornos mentales).

1. **Servicios como paciente hospitalizado.** Cubrimos los servicios por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos por el consumo de sustancias. Esto incluye la Cobertura de servicios de desintoxicación y rehabilitación como consecuencia de trastornos por consumo de sustancias. Los servicios por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados se limitan a Centros en el estado Nueva York que tengan licencia, estén certificados o de otra forma autorizados por la Oficina de Servicios y Apoyos a la Adicción (“OASAS”, por sus siglas en inglés) y, en otros estados, a aquellos Centros que tengan licencia, estén certificados o de otra forma autorizados por un organismo similar o que estén acreditados por la Comisión Conjunta o por una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros como Centros con programas de tratamiento del alcoholismo, el consumo de sustancias o la dependencia de sustancias químicas.

   También Cubrimos los servicios por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, recibidos en un Centro que provea tratamiento domiciliario, el cual incluye cargos de habitación y comida. La Cobertura de los servicios de tratamiento domiciliario se limita a Centros que tengan licencia, estén certificados o de otra forma autorizados por la Oficina de Servicios de Alcoholismo y por Consumo de Sustancias (OASAS, por sus siglas en inglés) y, en otros estados, a aquellos

Centros que tengan licencia, estén certificados o de otra forma autorizados por un organismo estatal similar y que estén acreditados por la Comisión Conjunta o por una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros como programas de tratamiento del alcoholismo, el consumo de sustancias o la dependencia de sustancias químicas para proveer el mismo nivel de tratamiento.

2. **Servicios ambulatorios.** Cubrimos los servicios ambulatorios por el uso de sustancias relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, incluso pero sin limitarse a los servicios del programa de hospitalización parcial, los servicios de programas ambulatorios intensivos, programas para el tratamiento de opioides, incluidos servicios de apoyo de pares, asesoramiento y tratamiento asistido con medicamentos. Esa Cobertura se limita a Centros en el estado de Nueva York que tengan licencia, estén certificados o de otra forma autorizados por la OASAS para proveer servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias y centros de estabilización de crisis autorizados en conformidad con la sección 36.01 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York y, en otros estados, a aquellos que tengan licencia, estén certificados o de otra forma autorizados por un organismo estatal similar y que estén acreditados por la Comisión Conjunta o por una organización de acreditación nacional reconocida por nosotros como programas de tratamiento del alcoholismo, el abuso de sustancias o la dependencia de sustancias químicas. La cobertura en un centro certificado por OASAS incluye servicios provistos por un proveedor acreditado por OASAS.
   La cobertura también está disponible en un entorno de consultorios profesionales para servicios ambulatorios para el trastorno por consumo de sustancias relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del alcoholismo, el consumo y la dependencia de sustancias o para Médicos que hayan obtenido una exención de conformidad con la Ley de Tratamiento de la Adicción a las Drogas (Drug Addiction Treatment Act) del 2000 para prescribir los medicamentos narcóticos de la Clasificación III, IV y V para el tratamiento de los opioides durante la fase Aguda de desintoxicación del tratamiento o durante las fases de rehabilitación.

## SECCIÓN XIII

## Cobertura de Medicamentos Recetados

Consulte la sección Tabla de Beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costos Compartidos, los límites de días o visitas y cualquier requisito de Autorización Previa o de Remisión que se apliquen a estos beneficios.

**A. Medicamentos recetados cubiertos.**
Cubrimos Medicamentos Recetados que sean Médicamente Necesarios que, salvo que se disponga expresamente lo contrario, se puedan dispensar solo en virtud de una receta y:

- De acuerdo con la ley, incluyan la leyenda “Caution – Federal Law prohibits dispensing without a prescription” (Precaución: la Ley Federal prohíbe dispensar este medicamento sin receta médica);
- Estén aprobados por la FDA;
- Sean indicados por un Proveedor autorizado para recetar y dentro del alcance de la práctica del Proveedor;
- Estén recetados considerando las pautas de administración y dosificación aprobadas por la FDA;
- En Nuestro Formulario; y
- Sean dispensados por una farmacia con licencia.

Los Medicamentos Recetados Cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- Medicamentos Recetados de autoinyección o autoadministrados.
- Inhaladores (con espaciadores).
- Preparados tópicos dentales.
- Vitaminas prenatales, vitaminas con flúor y vitaminas individuales.
- Medicamentos y dispositivos para la osteoporosis aprobados por la FDA, o equivalentes genéricos como sustitutos aprobados, para el tratamiento de la osteoporosis, de acuerdo con los criterios del programa federal de Medicare o de los Institutos Nacionales de Salud.
- Fórmulas nutricionales para el tratamiento de fenilcetonuria, cetonuria de cadena ramificada, galactosemia y homocistinuria.
- Las fórmulas enterales con o sin receta para uso doméstico, bien sea que se administren de manera oral o a través de una sonda, para las cuales un Médico u otro Proveedor con licencia han emitido una orden escrita. La orden escrita debe indicar que la fórmula enteral es Médicamente Necesaria y que ha demostrado ser eficaz como régimen de tratamiento específico de la enfermedad. Las enfermedades y los trastornos específicos incluyen, entre otros: enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos o de ácido orgánico, la enfermedad de Crohn, reflujo gastroesofágico, motilidad gastroesofágica, como la seudoobstrucción intestinal crónica, y múltiples alergias alimentarias graves. Las múltiples alergias alimentarias graves incluyen, entre otras: alergias a múltiples proteínas alimenticias mediadas y no mediadas por la inmunoglobulina E; síndrome de enterocolitis grave inducido por proteínas alimenticias; trastornos eosinófilos y absorción alterada de nutrientes causada por trastornos que afectan la superficie de absorción, la función, la longitud y la motilidad del tubo digestivo.

- Los productos alimenticios sólidos modificados que son bajos en proteínas o que contengan proteína modificada o que sean a base de aminoácidos para tratar ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos y alergias graves a las proteínas.
- Medicamentos Recetados prescritos junto con el tratamiento o los Servicios Cubiertos bajo el beneficio del tratamiento de la infertilidad en la sección Servicios para pacientes ambulatorios y profesionales de este Contrato.
- Medicamentos Genéricos contra el cáncer, siempre y cuando el Medicamento Recetado esté reconocido para el tratamiento del tipo de cáncer específico para el que se ha establecido en uno
  (1) de los siguientes compendios de referencia: el American Hospital Formulary Service-Drug Information; National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium; Thomson Micromedex DRUGDEX, Farmacología clínica de Elsevier Gold Standard u otros compendios de autoridad que determine el Secretario Federal de Salud y Servicios Humanos y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid o que esté recomendado por un artículo de revisión o comentario editorial en una importante revista profesional.
- Los medicamentos orales contra el cáncer que se usen para matar o detener el crecimiento de células cancerosas.
- Los Medicamentos Recetados para dejar de fumar, incluso los medicamentos sin receta, con una orden escrita y los Medicamentos Recetados prescritos por un Proveedor.
- Medicamentos recetados preventivos, incluidos los medicamentos de venta libre para los que existe una orden por escrito, proporcionados de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Resources and Services Administration, HRSA) o que tienen una calificación "A" o "B" del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF).
- Medicamentos recetados para profilaxis previa a la exposición (PrEP) y profilaxis posterior a la exposición (PEP) para prevenir la infección por VIH.
- Medicamentos recetados para el tratamiento de trastornos de salud mental y consumo de sustancias, incluidos medicamentos para desintoxicación y tratamiento de mantenimiento, todos los productos de buprenorfina, metadona y naltrexona inyectable de acción prolongada, y medicamentos para revertir una sobredosis de opioides, incluso cuando se dispensan sin receta.
- Medicamentos, dispositivos y otros productos anticonceptivos, incluidos medicamentos, dispositivos y otros productos anticonceptivos de venta libre, aprobados por la FDA y según indique o de otra manera autorice la ley estatal o federal. "Productos anticonceptivos de venta libre" se refiere a los productos que establecen las directrices integrales autorizadas por la HRSA. La Cobertura también incluye anticonceptivos de emergencia cuando se proporcionan en virtud de una receta u orden o cuando se proporcionan legalmente sin receta. Usted puede solicitar la cobertura de una versión alternativa de un medicamento, dispositivo u otro producto anticonceptivo si el medicamento, el dispositivo y otro producto anticonceptivo Cubierto no están disponibles o se consideran médicamente desaconsejables, según lo determine Su Proveedor de Atención Médica tratante. Puede solicitar una excepción solicitando a su proveedor de atención médica que lo atienda complete el Formulario de excepción de anticoncepción y enviárnoslo. Visite

nuestro sitio web en www.metroplus.org o llame al número que figura en su tarjeta de identificación para obtener una copia del formulario o para obtener más información sobre este proceso de excepción.

Usted puede solicitar una copia de Nuestro Formulario. Nuestro Formulario también está disponible en Nuestro sitio web en www.metroplus.org. También puede preguntar si un medicamento específico está Cubierto bajo este Contrato y contactarnos al número que aparece en Su tarjeta de identificación.

**B. Reposición.**

Cubrimos Reposiciones de Medicamentos Recetados solo cuando sean despachados en una farmacia minorista o por correo, o farmacia Designada, según lo indicado por un Proveedor autorizado y solo después de que tres cuartas partes del Medicamento Recetado original hayan sido utilizadas. Los beneficios de las Reposiciones no se proporcionarán después de un (1) año desde la fecha de la receta original. Para la medicación de colirios con receta, permitimos una Reposición limitada de la receta antes del último día del período de dosificación aprobado sin tener en cuenta las restricciones de cobertura sobre Reposiciones anticipadas de las renovaciones. En la medida de lo posible, la cantidad de colirio en la Reposición anticipada se limitará a la cantidad restante de la dosis que se dispensó en un primer momento. Su Costo Compartido para la Reposición limitada es el monto que corresponde a cada receta o Reposición según se establece en la sección “Tabla de Beneficios” del presente Contrato.

**Resurtido de emergencia durante una emergencia estatal por desastre.** Si se declara una emergencia estatal por desastre, usted, su designado o su Proveedor de atención médica en su nombre pueden obtener inmediatamente un resurtido para 30 días de un Medicamento recetado que esté tomando actualmente. Pagará el costo compartido que se aplica a un resurtido de 30 días. Ciertos medicamentos recetados, según lo determine el Comisionado de Salud de New York, no son elegibles para este Resurtido de emergencia, incluidas las sustancias controladas de las listas II y III.

**C. Información sobre beneficios y pago.**

1. **Costos Compartidos.** Usted es responsable de pagar los costos que se presentan en la sección “Tabla de Beneficios” del presente Contrato, cuando los Medicamentos Recetados Cubiertos se obtengan de una farmacia minorista o por correo, o farmacia Designada.

   Su plan consiste de tres (3) niveles. Esto significa que, por lo general, Sus gastos de desembolso personal serán más bajos para los Medicamentos Recetados de nivel 1 y más altos para los Medicamentos Recetados de nivel 3. Sus gastos de desembolso personal para los Medicamentos Recetados de nivel 2 serán, en general, mayores que los del nivel 1, pero menores que los del nivel 3.

   Usted es responsable de pagar el costo total (el monto que la farmacia le cobra a Usted) de cualquier Medicamento Recetado no Cubierto, y Nuestra tarifa contratada (Nuestro Costo del Medicamento Recetado) no estará disponible para Usted.

   **Cupones y otra asistencia financiera.** Aplicaremos cualquier pago de terceros, asistencia financiera, descuentos u otros cupones que le ayuden a pagar su costo

compartido para su Límite de Desembolso Personal.

2. **Farmacias Participantes.** Para los Medicamentos Recetados adquiridos en una Farmacia Participante al por menor o por correo, o farmacia Designada, Usted es responsable de pagar el menor de:
   - Los Costos Compartidos aplicables;
   - El Costo del Medicamento Recetado para ese Medicamento Recetado; o (Sus Costos Compartidos nunca excederán el Cargo Usual y Normal del Medicamento Recetado).

   En el caso de que Nuestras Farmacias Participantes sean incapaces de proporcionar el Medicamento Recetado Cubierto y no puedan ordenar el Medicamento Recetado dentro de un tiempo razonable, Usted puede, con nuestra aprobación previa, ir a una Farmacia No Participante que sea capaz de proporcionar el Medicamento Recetado. Le pagaremos el Costo del Medicamento Recetado menos los Costos Compartidos requeridos cuando recibamos un formulario completo de reclamación de Medicamentos Recetados. Llámenos al número que aparece en Su tarjeta de identificación o visítenos en Nuestro sitio de internet en www.metroplus.org para solicitar la aprobación.

3. **Farmacias No Participantes.** No pagaremos por los Medicamentos Recetados que se compren en una farmacia minorista o de pedido por correo no participante distinta a la descrita anteriormente.

4. **Farmacias Designadas.** Si Usted requiere ciertos Medicamentos Recetados, inclusive, pero sin limitarse a, Medicamentos Recetados especializados, podemos solicitarle que se acerque a una Farmacia Designada con la que tenemos un acuerdo para que provea esos Medicamentos Recetados.

   Por lo general, los Medicamentos Recetados especializados son Medicamentos Recetados que están aprobados para tratar a una cantidad limitada de poblaciones o afecciones; que, por lo general, son inyectables, por infusión o requieren una supervisión minuciosa del Proveedor; o que tienen disponibilidad limitada, requisitos especiales de despacho y entrega y/o que requieren apoyos adicionales al paciente.

   Si se le solicita que se acerque a una Farmacia Designada y Usted opta por no comprar el Medicamento Recetado en esa Farmacia Designada, Usted no obtendrá cobertura para ese Medicamento Recetado.

   A continuación presentamos las clases terapéuticas de Medicamentos Recetados o afecciones que se incluyen en este programa:
   - Edema macular relacionado con la edad;
   - Anemia, neutrocitopenia, trombocitopenia;
   - Anticonceptivos;
   - Cardiovascular
   - Enfermedad de Crohn;

- Fibrosis quística;
- Citomegalovirosis;
- Afecciones endocrinas / afecciones neurológicas, tales como espasmos infantiles;
- Déficit de enzimas / trastornos por almacenamiento lisosómico;
- Enfermedad de Gaucher;
- Hormona de crecimiento;
- Hemofilia;
- Hepatitis B, hepatitis C;
- Angioedema hereditario;
- HIV/SIDA;
- Inmunodeficiencia;
- Inmunomodulador;
- Infertilidad;
- Exceso de hierro;
- Toxicidad por hierro;
- Esclerosis múltiple;
- Oncología;
- Osteoartritis;
- Osteoporosis;
- Enfermedad de Parkinson;
- Hipertensión arterial pulmonar;
- Afección respiratoria;
- Enfermedades reumatológicas y relacionadas (artritis reumatoide, artropatía psoriásica, espondiloartritis anquilosante, artritis reumatoide juvenil, psoriasis)
- Trasplante;
- Prevención de la inflamación crónica de las vías respiratorias.

5. **Pedido por correo.** Ciertos Medicamentos Recetados se pueden pedir a través de Nuestra farmacia de pedidos por correo. Usted es responsable de pagar el monto menor de:
   - Los Costos Compartidos aplicables; o
   - El Costo del Medicamento Recetado para ese Medicamento Recetado.

   (Sus Costos Compartidos nunca excederán el Cargo Usual y Normal del Medicamento Recetado).

   Para maximizar Su beneficio, pídale a su Proveedor que le escriba su Receta o Reposición para un suministro de 90 días, con Reposiciones cuando sea apropiado (y no un suministro de 30 días con tres Reposiciones). Se le cobrarán los Costos Compartidos del pedido por correo para todas las Recetas y Reposiciones enviadas al proveedor de pedidos por correo, independientemente del número de días que figure en la receta o Reposición.

   Los Medicamentos Recetados comprados a través de pedidos por correo se enviarán directamente a Su casa u oficina.

Ofreceremos los beneficios que corresponden a los medicamentos dispensados por una farmacia de pedidos por correo a medicamentos que se compren en una farmacia minorista cuando la farmacia minorista tenga un acuerdo de participación con Nosotros y Nuestro proveedor, en el cual se compromete a cumplir los mismos términos y condiciones que una farmacia de pedidos por correo participante.

Usted o Su Proveedor pueden obtener una copia de la Lista de Medicamentos Recetados disponibles a través del servicio de pedidos por correo visitando Nuestro sitio web en www.metroplus.org o llamando al número que aparece en Su tarjeta de identificación.

6. **Estado de nivel.** El estado de nivel de un Medicamento Recetado puede cambiar periódicamente, pero no más de cuatro (4) veces por año calendario o cuando un Medicamento de Marca pasa a estar disponible como Medicamento Genérico, como se describe más abajo, en función de Nuestras decisiones sobre el nivel de cobertura. Estos cambios pueden ocurrir sin previo aviso. Sin embargo, si Usted tiene una receta para un medicamento que se cambia a un nivel superior o se está eliminando de Nuestro Formulario, se lo notificaremos al menos 30 días antes de la entrada en vigencia del cambio. Cuando se produzcan estos cambios, Sus Costos Compartidos pueden cambiar. Usted también puede solicitar una excepción al Formulario para un Medicamento Recetado que ya no está en el Formulario, tal como se establece a continuación y en la sección “Apelación Externa” de este Contrato. Usted puede acceder al estado de niveles más actualizado en Nuestro sitio web en www.metroplus.org o llamando al número en Su tarjeta de identificación.

7. **Cuando un Medicamento de Marca pasa a estar disponible como Medicamento Genérico.** Cuando un Medicamento de Marca está disponible como Medicamento Genérico, el nivel del Medicamento Recetado de Marca puede cambiar. Si sucede esto, Usted pagará los Costos Compartidos correspondientes al nivel al que se asigne el Medicamento Recetado o se eliminará el Medicamento de Marca del Formulario y Usted ya no tendrá beneficios para ese Medicamento de Marca en particular. Tenga en cuenta que, si Usted está tomando un Medicamento de Marca que se excluirá o asignará a un nivel más alto porque un Medicamento Genérico pasa a estar disponible, Usted recibirá un aviso previo por escrito con 30 días de anticipación informándole del cambio antes de que entre en vigor. Usted puede solicitar una excepción al Formulario para un Medicamento Recetado que ya no está en el Formulario, tal como se establece a continuación y en la sección “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 expide la receta puede solicitar una excepción del formulario para un Medicamento Recetado clínicamente adecuado por escrito, en forma electrónica o telefónica. La solicitud debe incluir una declaración por parte de Su Profesional de Atención Médica que expide la receta que establezca que todos los medicamentos del Formulario

serán o han sido ineficaces o no serían tan eficaces como el medicamento que no está en el Formulario o causarían efectos secundarios. Si se le deniega la cobertura conforme al proceso estándar o acelerado de excepciones del Formulario, Usted tiene derecho a una Apelación Externa según se describe en la sección "Apelación Externa" de este Contrato. Visite nuestro sitio web en www.metroplus.org o llame al número que aparece en Su tarjeta de identificación para obtener más información sobre este proceso.

**Revisión estándar de una excepción del Formulario.** Le notificaremos de Nuestra decisión a Usted o a Su representante y al Profesional de Atención Médica por teléfono (y por escrito), como máximo, dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de Su solicitud. Le notificaremos por escrito dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción de Su solicitud. Si aprobamos la solicitud, Cubriremos el Medicamento Recetado mientras lo esté tomando, incluidas las Reposiciones.

**Revisión acelerada de una excepción del Formulario.** Si Usted sufre de una afección que podría poner en grave peligro Su salud, Su vida o Su capacidad para recuperar la funcionalidad máxima, o si actualmente está bajo tratamiento usando un Medicamento Recetado que no está en el Formulario, puede solicitar una revisión acelerada de una excepción del Formulario. La solicitud debe incluir una declaración por parte de Su Profesional de Atención Médica que expide la receta que establezca que podría causarle daños razonables si el medicamento solicitado no se suministra dentro del período de tiempo del proceso de excepción del Formulario estándar. Le notificaremos de Nuestra decisión a Usted o a Su representante y al Profesional de Atención Médica por teléfono (y por escrito), como máximo, dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de Su solicitud. Le notificaremos por escrito dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción de Su solicitud. Si aprobamos la solicitud, Cubriremos el Medicamento Recetado mientras Usted padezca de la afección que podría poner en grave peligro Su salud, Su vida o Su capacidad para recuperar la funcionalidad máxima o mientras dure su tratamiento actual con el Medicamento Recetado que no está en el Formulario.

9. **Límites del suministro.** Excepto en el caso de medicamentos, dispositivos o productos anticonceptivos, pagaremos, como máximo, un suministro de 30 días de un Medicamento Recetado comprado en una farmacia minorista o en una Farmacia Designada. Usted es responsable de un (1) monto de Costos Compartidos; hasta tres (3) montos de Costos Compartidos para un suministro de hasta 30 días. Sin embargo, para los medicamentos de mantenimiento, pagaremos por un suministro de 90 días de un medicamento comprado en una farmacia minorista. Usted es responsable de hasta tres (3) montos de Costos Compartidos por un suministro de 90 días en una farmacia minorista.

   Usted puede recibir el suministro completo (de hasta 12 meses) de un medicamento recetado, dispositivo o producto anticonceptivo al mismo tiempo. Los medicamentos, los dispositivos o los productos anticonceptivos no están sujetos a Costos Compartidos cuando los suministra una Farmacia Participante.

   Los beneficios se proporcionarán para los Medicamentos Recetados dispensados por

la farmacia de pedidos por correo por un monto de un suministro de hasta 90 días. Usted es responsable de un (1) monto de Costos Compartidos para un suministro de 30 días y de hasta un máximo de dos (2); dos y medio (2.5) montos de Costos Compartidos para un suministro de 90 días.

Los Medicamentos Recetados especializados se limitan a un suministro de 30 días cuando se obtienen en una farmacia minorista o de pedido por correo. Usted puede acceder a Nuestro sitio web en www.metroplus.org o llamar al número que figura en Su tarjeta de identificación para obtener más información sobre los límites de suministro para los Medicamentos Recetados especializados.

Algunos Medicamentos Recetados pueden estar sujetos a límites de cantidad en función de los criterios que hemos desarrollado de conformidad con Nuestra revisión y modificación periódicas. El límite puede restringir la cantidad dispensada por Receta o Reposición y/o la cantidad dispensada por el suministro del mes. Se puede determinar si a un Medicamento Recetado se le ha asignado un nivel máximo del monto a distribuir al acceder a Nuestro sitio web en www.metroplus.org o al llamar al número en Su

Tarjeta de identificación. Si denegamos una solicitud para Cubrir un monto que supere Nuestro nivel de cantidad, Usted tiene derecho a una Apelación, de conformidad con las secciones “Revisión de la Utilización” y “Apelación Externa” de este Contrato.

10. **Suministro limitado inicial de opiáceos recetados.** Si Usted recibe una receta limitada inicial para un suministro de siete (7) días o menos de un opiáceo de la Lista II, III o IV recetado para un dolor Agudo y Usted tiene un Copago, Su Copago será el mismo Copago que se aplicaría a un suministro de 30 días del Medicamento Recetado. Si recibe un suministro adicional del Medicamento Recetado dentro del mismo período de 30 días en el que Usted recibió el suministro de siete (7) días, Usted no será responsable de un Copago adicional por el suministro restante para 30 días de ese Medicamento Recetado. Si recibe un suministro adicional del Medicamento Recetado dentro del período de 30 días en el que Usted recibió el suministro de siete
(7) días, Su Copago por el suministro de 30 días restante también será prorrateado. En ningún caso el Copago(s) prorrateado será más que Su Copago para un suministro de 30 días.

11. **Costos Compartidos para los medicamentos contra el cáncer que se administran por vía oral.** Sus Costos Compartidos para los medicamentos contra el cáncer que se administran por vía oral corresponden al monto menor de los Costos Compartidos, si los hay, que se apliquen a los agentes de quimioterapia intravenosos o inyectables cubiertos en virtud de la sección “Servicios ambulatorios y profesionales” de este Contrato.

**D. Gestión médica.**
Este Contrato incluye ciertas características para determinar cuándo los Medicamentos Recetados se deben Cubrir, las cuales se describen a continuación. Como parte de estas características, a Su Proveedor que expide la receta se le podrán pedir más detalles antes de decidir si el Medicamento Recetado es Médicamente Necesario.

1. **Autorización Previa.** Una Autorización Previa puede ser necesaria para ciertos Medicamentos Recetados para garantizar el uso adecuado y que se sigan las directrices para la cobertura de Medicamentos Recetados. Cuando sea apropiado, el Proveedor será responsable de obtener la Autorización Previa para el Medicamento Recetado. Si Usted opta por adquirir el Medicamento Recetado sin obtener una Autorización Previa, entonces Usted debe pagar el costo de la totalidad del Medicamento Recetado y enviarnos una reclamación de reembolso. No se requiere Autorización Previa para medicamentos Cubiertos para tratar trastornos por consumo de sustancias, incluidos medicamentos para la reversión de sobredosis de opioides que le receten o le entreguen.

   Para obtener una lista de los Medicamentos Recetados que necesitan Autorización Previa, visite Nuestro sitio web en www.metroplus.org o llame al número en Su tarjeta de identificación. La lista se revisará y actualizará oportunamente. También nos reservamos el derecho de requerir Autorización Previa para cualquier Medicamento Recetado nuevo en el mercado o para cualquier otro Medicamento Recetado disponible que sea objeto de un cambio en los protocolos o indicaciones de prescripción, independientemente de la clasificación terapéutica, incluso si un Medicamento Recetado o artículo relacionado de la lista no está Cubierto según su Contrato. Su Proveedor puede consultar con Nosotros para saber qué Medicamentos Recetados están Cubiertos.

2. **Terapia Escalonada.** La terapia escalonada es un proceso en el que es posible que Usted tenga que usar uno o más tipos de Medicamentos Recetados antes de que Cubramos otro como Médicamente Necesario. El “protocolo de terapia escalonada" significa Nuestra política, el protocolo o el programa que establece la secuencia mediante la cual aprobamos los Medicamentos Recetados para su afección médica. Al establecer un protocolo de la terapia escalonada, utilizaremos criterios de revisión clínica revisados por pares y basados en evidencias reconocidos que también tengan en cuenta las necesidades de poblaciones de pacientes y diagnósticos atípicos. Nosotros comprobamos ciertos Medicamentos Recetados para asegurarnos de que se siguen las directrices de prescripción adecuadas. Estas directrices ayudan a obtener Medicamentos Recetados de alta calidad y rentables. Los Medicamentos Recetados que requieren la Autorización Previa en el marco del programa de terapia escalonada también están incluidos en la lista de medicamentos de Autorización Previa. Si el protocolo de terapia escalonada se aplica a Su solicitud de cobertura de un Medicamento Recetado, Usted, Su designado o su Profesional de Atención Médica puede solicitar una determinación de anulación de la terapia escalonada, tal como se establece en la sección Revisión de la Utilización de este Contrato.

3. **Sustitución terapéutica.** Sustitución terapéutica es un programa opcional que le

habla a Usted y a sus Proveedores sobre alternativas a ciertos medicamentos recetados. Podemos comunicarnos con Usted y su Proveedor para informarle acerca de estas opciones. Solo Usted y Su Proveedor pueden determinar si el sustituto terapéutico es adecuado para Usted. Tenemos una lista de sustitutos de medicamentos terapéuticos, que revisamos y actualizamos oportunamente. Si tiene preguntas o problemas acerca de sustitutos de medicamentos terapéuticos, visite Nuestro sitio web en www.metroplus.org o llame al número de su tarjeta de identificación.

**E. Limitaciones/términos de la cobertura.**

1. Nos reservamos el derecho de limitar las cantidades, el suministro diario, el acceso temprano a una Reposición y/o la duración de la terapia para ciertos medicamentos en función de la necesidad médica, incluidas las normas médicas aceptables y/o las directrices recomendadas por la FDA.

2. Si determinamos que Usted consume un Medicamento Recetado de manera perjudicial o abusiva, o con una frecuencia dañina, Su selección de las Farmacias Participantes (y de los Proveedores que expiden recetas) podría verse limitada. Si esto sucede, podemos exigirle que seleccione una sola Farmacia Participante y un solo Proveedor que proporcionen y coordinen todos los servicios de farmacia en el futuro. Los beneficios se pagarán solo si Usted utiliza la única Farmacia Participante seleccionada. Los beneficios se pagarán solo si el Proveedor seleccionado o un Proveedor autorizado por Su Proveedor seleccionado escribe Su Receta o Reposición. Si Usted no hace una selección dentro de los 31 días siguientes a la fecha que se lo notifiquemos, Nosotros seleccionaremos una sola Farmacia Participante o un Proveedor que expida recetas por Usted.
3. Los Medicamentos Recetados compuestos serán Cubiertos solo cuando contengan al menos un (1) ingrediente que sea un Medicamento Recetado Cubierto con leyenda, no sean esencialmente lo mismo que un Medicamento Recetado de un fabricante, y se obtengan de una farmacia que esté aprobada para realizar compuestos. Todos los Medicamentos Recetados compuestos de más de $250 requieren que su Proveedor obtenga una Autorización Previa. Los Medicamentos Recetados compuestos están en el nivel 3.

4. Se usarán varios protocolos específicos y/o generalizados de “gestión del uso” oportunamente, con el fin de garantizar la utilización adecuada de los medicamentos. Estos protocolos serán coherentes con las directrices estándares de tratamiento médico o con medicamentos. El objetivo principal de los protocolos es proporcionarles a Nuestros Miembros un beneficio enfocado en la calidad de los Medicamentos Recetados. En caso de que se lleve a cabo un protocolo de gestión de uso y Usted esté tomando el medicamento(s) afectado(s) por el protocolo, se le notificará con antelación.

5. Esta sección no Cubre los medicamentos inyectables (que no sean los medicamentos autoinyectables) ni la insulina para diabéticos, los hipoglucémicos orales ni los suministros y equipos para diabéticos, pero sí están Cubiertos en otras secciones de este Contrato.

6. No Cubrimos los gastos de la administración o inyección de cualquier otro Medicamento Recetado. Los Medicamentos Recetados dados o administrados en el consultorio de un Médico se Cubren conforme a la sección “Servicios para pacientes ambulatorios y profesionales” de este Contrato.

7. No Cubrimos los medicamentos que por ley no requieran de receta médica, a excepción de los medicamentos para dejar de fumar, medicamentos preventivos de venta libre o dispositivos proporcionados de conformidad con las pautas integrales respaldadas por HRSA o con una calificación “A” o “B” de USPSTF, o según se establezca de otra manera en este Contrato. No Cubrimos Medicamentos Recetados que tengan equivalentes sin receta, excepto si está designado específicamente como un medicamento Cubierto en el Formulario, o como se indique de otra manera en este Contrato. Los medicamentos equivalentes sin receta son medicamentos disponibles sin receta médica que tienen el mismo nombre/entidad química como sus homólogos recetados. No Cubrimos productos reempaquetados, tales como kits terapéuticos o paquetes prácticos, que contengan Medicamentos Recetados Cubiertos, a menos que el Medicamento Recetado solo esté disponible en un kit terapéutico o paquete práctico. Los kits terapéuticos o paquetes prácticos contienen uno o más Medicamentos recetados y es posible que estén empaquetados con artículos de venta libre, tales como guantes, dedales, toallitas higiénicas o emolientes tópicos.

8. No Cubrimos los Medicamentos Recetados para reemplazar a los que se hayan perdido o hayan sido robados.

9. No Cubrimos los Medicamentos Recetados que se le hayan dispensado mientras está en un Hospital, en un hogar de ancianos, en otra institución, en un Centro, o si Usted es un paciente con atención a domicilio, excepto en aquellos casos en que la base de pago por o en Su nombre al Hospital, hogar de ancianos, Agencia de Salud a Domicilio o agencia de servicios de atención médica a domicilio, u otra institución, no incluya los servicios de medicamentos.

10. Nos reservamos el derecho de denegar beneficios que no sean Médicamente Necesarios o experimentales o de investigación de cualquier medicamento prescrito o dispensado de una manera contraria a la práctica médica habitual. Si se le deniega la cobertura, Usted tiene derecho a una Apelación, según lo descrito en las secciones “Revisión de la Utilización” y “Apelación Externa” del presente Contrato.

11. Una farmacia no tiene que dispensar una Receta que, a juicio profesional del farmacéutico, no deba entregar.

**F. Condiciones generales.**

**1.** Usted debe mostrar Su tarjeta de identificación de miembro en la farmacia minorista al momento de obtener su Medicamento Recetado o debe proporcionarle otra información de identificación que Nosotros podamos verificar durante el horario comercial habitual. Usted debe incluir Su número de identificación en los formularios provistos por la farmacia de pedidos por correo en la que Usted haga una compra.

**G. Definiciones**

Los términos utilizados en esta sección se definen como sigue. (Otros términos definidos se

pueden encontrar en la sección de Definiciones de este Contrato).

1. **Medicamento de Marca:** Un Medicamento Recetado que: 1) es fabricado y comercializado bajo la marca o el nombre registrado de un fabricante de medicamentos específicos; o (2) que identifiquemos como un Medicamento Recetado de Marca basándonos en fuentes de datos disponibles. Todos los Medicamentos Recetados que sean identificados como de "marca" por el fabricante, la farmacia o el Médico no pueden ser clasificados como Medicamentos de Marca por Nosotros.

2. **Farmacia Designada:** Una farmacia que ha firmado un acuerdo con Nosotros o con una organización contratante en Nuestro nombre para proporcionar Medicamentos Recetados, incluidos, pero sin limitarse a, los Medicamentos Recetados especializados. El hecho de que una farmacia sea una Farmacia Participante no quiere decir que se trate de una Farmacia Designada.

3. **Formulario:** La lista que identifica a los Medicamentos Recetados para los que la cobertura puede estar disponible según este Contrato. Esta lista está sujeta a Nuestra revisión y modificación periódica (no más de cuatro (4) veces por año del plan o cuando un Medicamento de Marca pasa a estar disponible como Medicamento Genérico). Para determinar a qué nivel se ha asignado un Medicamento Recetado en particular, visite Nuestro sitio web en www.metroplus.org o llame al número en Su tarjeta de identificación.

4. **Medicamento Genérico:** Un Medicamento Recetado que: 1) es químicamente equivalente a un Medicamento de Marca; o 2) que identifiquemos como un Medicamento Recetado Genérico basándonos en fuentes de datos disponibles. Todos los Medicamentos Recetados que sean identificados como “genéricos” por el fabricante, la farmacia o el Médico no pueden ser clasificados como Medicamentos Genéricos por Nosotros.
5. **Medicamento de mantenimiento:** Un Medicamento Recetado utilizado para tratar una afección que se considera crónica o prolongada y que, por lo general, requiere el uso diario de Medicamentos Recetados.

6. **Farmacia No Participante:** Una farmacia que no ha llegado a un acuerdo con nosotros para proporcionar Medicamentos Recetados a los Suscriptores. No vamos a hacer ningún pago por recetas o Reposiciones en una Farmacia No Participante distinta a la descrita anteriormente.

7. **Farmacia Participante:** Una farmacia que tiene:
   - Un acuerdo con Nosotros o Nuestro representante para proporcionar Medicamentos Recetados a los Miembros;
   - Un acuerdo por el cual acepta tasas de reembolso específicas para dispensar Medicamentos Recetados; y
   - Ha sido designada por Nosotros como una Farmacia Participante.

   Una Farmacia Participante puede ser una farmacia minorista o de pedidos por correo.

8. **Medicamento Recetado:** Un medicamento, producto o dispositivo que ha sido

aprobado por la FDA y que puede, en virtud de la ley federal o estatal, ser dispensado en virtud de una Receta o Reposición y es parte de nuestro Formulario. Un Medicamento Recetado incluye una medicación que, debido a sus características, es apropiada para la autoadministración o para la administración por parte de un cuidador no especializado.

9. **Costo del Medicamento Recetado:** El monto, que incluye un cargo por despacho y cualquier impuesto sobre las ventas, contratado entre Nosotros y Nuestro administrador de beneficio de farmacia por un Medicamento Recetado cubierto que dispense una Farmacia Participante. Si su Contrato incluye la cobertura en las Farmacias No Participantes, el costo de los Medicamentos Recetados que dispense esta farmacia se calcula usando el costo de Medicamentos Recetados que se aplica para ese Medicamento Recetado en particular en la mayoría de las Farmacias Participantes.

10. **Receta o Reposición:** La directriz que permite dispensar un Medicamento Recetado y que es emitida por un Profesional de Atención Médica debidamente autorizado que actúa dentro del ámbito de su ejercicio profesional.

11. **Cargo Usual y Normal:** La tarifa usual que una farmacia cobra a individuos por un Medicamento Recetado sin hacer referencia a reembolsos a la farmacia por terceros según lo requerido en la Sección 6826-a de la Ley de Educación de Nueva York.

## SECCIÓN XIV

## Beneficios de bienestar general

**A. Reembolso del gimnasio.**
Le reembolsaremos parcialmente ciertos cargos del gimnasio o cuotas de membresía, pero solo si dichos cargos se pagan a los gimnasios [con los que tenemos contrato y que mantienen el equipo y los programas que promueven el bienestar cardiovascular incluidos los cargos o las suscripciones de clases de acondicionamiento físico en línea, virtuales y transmitidas en vivo.

El reembolso se limita a visitas reales o en línea para sesiones de ejercicio. No reembolsamos:

- Membresías en clubes de tenis, clubes de campo, clínicas de pérdida de peso, spas u otros servicios similares;
- Membresías vitalicias;
- Equipo, ropa, vitaminas u otros servicios que el gimnasio pueda ofrecer (p. ej., masajes, etc.);
- Servicios que son instalaciones como un gimnasio, que están incluidos en Su alquiler o en los cargos de la asociación de propietarios.

A fin de ser elegible para un reembolso, Usted debe:

- Ser un miembro activo del gimnasio, y
- Completar 50 visitas o sesiones de ejercicio en línea en un período de seis (6) meses.

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

- Un formulario de reembolso completo, la documentación de las visitas de las instalaciones. Cada vez que visite el gimnasio, un representante del gimnasio debe firmar y fechar el formulario de reembolso y los documentos de las visitas.
- Una copia de su factura del gimnasio, que muestre los cargos pagados por su membresía.

Una vez que recibamos la documentación de las visitas y la factura, se le reembolsará el monto menor de $200 o el costo real de la membresía por un período de seis (6) meses.
Se debe solicitar el reembolso dentro de los 120 días posteriores a la finalización del período de seis (6) meses. Se emitirá el reembolso solo después de que haya completado cada período de seis (6) meses, incluso si termina con las 50 visitas en un período menor.

## SECCIÓN XV

## Atención oftalmológica

Consulte la sección Tabla de Beneficios de este Contrato para conocer los límites de días o visitas y cualquier requisito de Autorización Previa o de Remisión que se apliquen a estos beneficios.

**A. Atención oftalmológica.**
Cubrimos la atención oftalmológica de emergencia, preventiva y de rutina.

**B. Exámenes de la vista.**
Cubrimos los exámenes de la vista con el fin de determinar la necesidad de lentes correctivos y, si es necesario, para proporcionar una receta de lentes correctivos. Cubrimos un examen de la vista en un (1) período de 12 meses, a menos que sea Médicamente Necesario realizar exámenes más frecuentes según lo demuestre la documentación apropiada. El examen de la vista puede incluir, pero no se limita a:

- Historial del caso;
- Examen interno y externo del ojo;
- Examen oftalmoscópico;
- Determinación del estado de refracción;
- Distancia binocular;
- Pruebas de tonometría para el glaucoma;
- Examen de campos visuales grandes y visión a color; y
- Resumen de hallazgos y recomendaciones de lentes correctivos.

**C. Lentes y marcos recetados.**
Cubrimos lentes recetados o lentes de contacto estándar una (1) vez en un período de 12 meses, a menos que sea Médicamente Necesario que Usted tenga nuevos lentes o lentes de contacto con mayor frecuencia según lo demuestre la documentación apropiada. Los lentes recetados pueden estar hechos de vidrio o plástico. Si Usted escoge lentes no estándar, pagaremos el monto que habríamos pagado por lentes estándar y Usted será responsable de la diferencia de costo entre los lentes estándar y los lentes no estándar. La diferencia de costo no se toma en cuenta para su Límite de Desembolso Personal.

Además, cubrimos marcos estándar adecuados para sostener los lentes una (1) vez en un período de 12 meses, a menos que sea Médicamente Necesario que Usted tenga nuevos marcos con mayor frecuencia según lo demuestre la documentación apropiada. Si Usted escoge un marco no estándar, pagaremos el monto que habríamos pagado por un marco estándar y Usted será responsable de la diferencia entre el costo del marco estándar y del marco no estándar. La diferencia de costo no se toma en cuenta para su Límite de Desembolso Personal.

**D. Cómo acceder a los servicios oftalmológicos.**
Si necesita encontrar un Proveedor Participante o cambiar Su Proveedor, llame al número que figura en Su tarjeta de identificación o visite Nuestro sitio web en www.metroplus.org.

## SECCIÓN XVI

## Atención odontológica

Consulte la sección Tabla de Beneficios de este Contrato para conocer los límites de días o visitas y cualquier requisito de Autorización Previa o de Remisión que se apliquen a estos beneficios.

Cubrimos los siguientes servicios de atención odontológica:

**A. Atención odontológica de emergencia.** Cubrimos la atención odontológica de emergencia, que incluye el tratamiento de emergencia necesario para aliviar el dolor y el sufrimiento causado por las enfermedades o los traumatismos odontológicos. La atención odontológica de emergencia no está sujeta a Nuestra Autorización Previa.

**B. Atención odontológica preventiva.** Cubrimos la atención odontológica preventiva, que incluye los procedimientos que ayudan a prevenir que se produzcan las enfermedades bucales, entre ellos:

- profilaxis (eliminación del sarro y pulido de los dientes) en intervalos de seis (6) meses; dos (2) veces por Año del Plan.

**C. Atención odontológica de rutina.** Cubrimos la atención odontológica de rutina proporcionada en el consultorio de un dentista, que incluye:

- Exámenes, visitas y consultas odontológicas una vez dentro de un período consecutivo de seis (6) meses (cuando surgen los dientes primarios); dos (2) veces por año del plan;
- Radiografías, radiografías de boca completa o radiografías panorámicas a intervalos de treinta y seis (36) meses, radiografías de aleta de mordida a intervalos de seis (6) a doce (12) meses y otras radiografías si son Médicamente Necesarias (una vez que aparezcan los dientes primarios);
- Procedimientos para extracciones simples y otro tipo de cirugía dental de rutina que no requieran de Hospitalización, inclusive la atención pre y posoperatoria;
- Sedación consciente en el consultorio; y
- Amalgamas, restauraciones con resina compuesta y coronas de acero inoxidable.

**D. Endodoncia.** Cubrimos los servicios de endodoncia, que incluyen los procedimientos para el tratamiento de las cámaras de la pulpa y los conductos pulpares enfermos que no requieran de Hospitalización.

**E. Periodoncia.** Cubrimos servicios de periodoncia limitados. Cubrimos servicios no quirúrgicos de periodoncia. Cubrimos servicios quirúrgicos de periodoncia, necesarios para el tratamiento relacionado con trastornos hormonales, terapia farmacológica o defectos congénitos. También Cubrimos los servicios de periodoncia como prevención de, o para la evitar la necesidad de ortodoncia u odontología estética, y que están Cubiertos por este Contrato.

**F. Prostodoncia.** Cubrimos los servicios de prostodoncia de la siguiente manera:

- Dentaduras postizas completas o parciales removibles, incluso seis (6) meses de

atención de seguimiento; y
- Servicios adicionales, que incluyen la inserción de la identificación de dientes flojos, reparaciones, rellenados y amalgamas, y el tratamiento del paladar hendido.

No Cubrimos implantes ni servicios relacionados con implantes.

Los puentes fijos no están Cubiertos, a menos que sea necesario:
- Para el reemplazo de una pieza dentaria individual anterosuperior (incisivo lateral/central o cuspídeo) en un paciente que, salvo por esta pieza, posea un complemento total de dientes funcionales y/o restaurados;
- Para la estabilización del paladar hendido; o
- Debido a la presencia de cualquier afección fisiológica o neurológica que impida la colocación de una prótesis removible según se ha demostrado por documentación médica.

**G. Cirugía bucal.** Cubrimos la cirugía bucal que no es de rutina, tal como extracción ósea completa y parcial, reimplante de dientes, trasplante de dientes, acceso quirúrgico a un diente retenido, movilización de dientes erupcionados o en mala posición para ayudar a la erupción dental, y colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado. También Cubrimos la cirugía bucal en previsión o previa a ortodoncia u ortodoncia cosmética que está Cubierta por este Contrato.

**H. Ortodoncia.** Cubrimos la ortodoncia que se utiliza para ayudar a restaurar las estructuras orales para la salud y la función y para el tratamiento de afecciones médicas graves, tales como: paladar hendido y labio leporino, micrognatia maxilar/mandibular (mandíbula superior o inferior subdesarrollada), prognatismo mandibular extremo, asimetría severa (anomalías craneofaciales), anquilosis de las articulaciones temporomandibulares y otras displasias esqueléticas significativas.

Los procedimientos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:
- Expansión rápida de paladar (RPE, por sus siglas en inglés);
- Colocación de componentes (por ejemplo, correctores dentales, bandas);
- Tratamiento de ortodoncia interceptiva;
- Tratamiento de ortodoncia integral (en la que se colocan los aparatos de ortodoncia para el tratamiento activo y se ajustan periódicamente);
- Terapia con dispositivos extraíbles; y
- Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, y construcción y colocación de retenedores).

**Cómo acceder a los servicios odontológicos.** Si necesita encontrar un dentista o cambiar Su dentista, llámenos al 1-800-303-9626 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 9 a. m. a 5 p. m. Los Representantes de Servicios al Miembro están para ayudarle. Muchos hablan su idioma o cuentan con servicios que traducirán a cualquier idioma que Usted necesite.

## SECCIÓN XVII

## Exclusiones y limitaciones

De conformidad con este Contrato, no se Cubre lo siguiente:

**A. Aviación.**
No cubrimos los servicios derivados de la aviación, excepto como pasajero que paga pasaje en un vuelo de línea o charter operado por una aerolínea regular.

**B. Atención supervisada y para convalecientes.**
No cubrimos los servicios relacionados con curas de reposo, atención supervisada y transporte. “Cuidado supervisado” significa ayudar a una persona a moverse, vestirse, bañarse, ir al baño y demás actividades relacionadas. La atención supervisada no incluye los Servicios Cubiertos determinados como Médicamente Necesarios.

**C. Terapia de reorientación sexual.**
No Cubrimos la terapia de reorientación sexual. La terapia de reorientación sexual es cualquier práctica realizada por un profesional de salud mental que tenga por fin cambiar la orientación sexual o la identidad de género de un Miembro menor de 18 años, incluso los esfuerzos por cambiar el comportamiento, las expresiones de género o eliminar o reducir las atracciones románticas o sexuales o los sentimientos hacia personas del mismo sexo. La terapia de reorientación sexual no incluye el asesoramiento o la terapia para una persona que desea someterse a una transición de género o que esté en el proceso de someterse a una transición de género, que provee aceptación, apoyo y comprensión de una persona o que facilita la capacidad de afrontamiento de una persona, apoyo social y exploración y desarrollo de la identidad, incluso intervenciones neutrales sobre la orientación sexual para evitar o abordar conductas ilícitas o prácticas sexuales inseguras, siempre que el asesoramiento o la terapia no tenga por fin cambiar la orientación sexual o la identidad de género.

**D. Servicios cosméticos.**
No Cubrimos los servicios, Medicamentos Recetados o cirugías cosméticas, salvo que se indique lo contrario, a menos que esa cirugía cosmética implique una cirugía reconstructiva cuando dicho servicio esté relacionado o sea posterior a una cirugía debido a un traumatismo, una infección o enfermedades de la parte afectada y una cirugía reconstructiva debido a una enfermedad congénita o anomalía de un Hijo cubierto que haya dado lugar a un defecto funcional. También Cubrimos los servicios en relación con la cirugía reconstructiva después de una mastectomía, según lo dispuesto en otras secciones de este Contrato. La cirugía cosmética no incluye cirugías que se estime sean Médicamente Necesarias. Si se presenta una reclamación por un procedimiento que figure en 11 NYCRR 56 (por ejemplo: ciertos procedimientos de cirugía plástica y dermatología) con posterioridad y sin la información médica, ninguna denegación estará sujeta a las secciones "Revisión de la Utilización" y "Apelación Externa" del presente Contrato, a menos que se presente información médica.

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

No Cubrimos el cuidado o tratamiento proporcionado fuera de los Estados Unidos, sus posesiones, Canadá o México, a excepción de los Servicios de Emergencia, los Servicios Médicos de Emergencia Prehospitalaria y los servicios de ambulancia para tratar su Afección de Emergencia.

**F. Servicios odontológicos.**
No Cubrimos los servicios de ortodoncia, excepto que se indique específicamente en la sección “Atención odontológica” de este Contrato.

**G. Tratamientos experimentales o de investigación.**
No Cubrimos ningún servicio de atención médica, procedimiento, tratamiento, dispositivo o Medicamento Recetado que sea experimental o de investigación. Sin embargo, Cubriremos los tratamientos experimentales o de investigación que incluyan el tratamiento para Su enfermedad rara o los costos del paciente por Su participación en un estudio clínico, según lo descrito en la sección Servicios para pacientes ambulatorios y profesionales de este Contrato o cuando un Agente de Apelación Externa certificado por el Estado revoque Nuestra denegación de los servicios. Sin embargo, para los estudios clínicos no Cubriremos los costos de los medicamentos o dispositivos de investigación, los servicios que no sean de salud necesarios para que Usted reciba el tratamiento, los costos de la gestión de la investigación o los que no Cubriríamos bajo el Contrato para los tratamientos no investigativos. Vea la sección “Revisión de la Utilización” y “Apelación Externa” de este Contrato para obtener una explicación más detallada de sus derechos de Apelación.

**H. Participación en un delito grave.**
No Cubrimos ninguna enfermedad, tratamiento o afección médica causada por Su participación en un delito grave, una revuelta o insurrección. Esta exclusión no se aplica a la Cobertura de los servicios relacionados con las lesiones sufridas por la víctima de un acto de violencia doméstica o de los servicios como consecuencia de Su afección médica (que incluye tanto afecciones de salud físicas como mentales).

**I. Cuidado de los pies.**
No Cubrimos la atención podológica en relación con las durezas, callos, pies planos, arcos caídos, pies débiles, distensión crónica del pie o quejas sintomáticas de los pies, excepto lo establecido en la sección XVII de este Contrato. Sin embargo, Cubriremos la atención podológica cuando Usted tenga una afección médica o enfermedad que resulte en déficits circulatorios o áreas con sensación reducida en Sus piernas o pies.

**J. Centros gubernamentales.**
No Cubrimos la atención o el tratamiento proporcionado en un Hospital que sea propiedad o esté operado por una entidad gubernamental federal, estatal o de otro tipo, excepto que la ley indique lo contrario, a menos que Usted sea trasladado al Hospital porque está cerca del lugar donde Usted se lesionó o enfermó, y que allí se provean Servicios de Emergencia para tratar su Afección de Emergencia.

**K. Médicamente Necesario.**
En general, no Cubriremos ningún servicio de atención médica, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o Medicamento Recetado que determinemos que no sea Médicamente Necesario. Sin embargo, si un Agente de Apelación Externa certificado por el Estado revoca

Nuestra denegación, Cubriremos el procedimiento, tratamiento, servicio, prueba o Medicamento Recetado para los que se haya denegado la cobertura, en la medida en que tal procedimiento, tratamiento, servicio, prueba, dispositivo o Medicamento Recetado esté Cubierto bajo los términos de este Contrato.

**L. Medicare u otro programa gubernamental.**
No Cubrimos servicios si se proporcionan beneficios para tales servicios conforme al programa federal Medicare u otro programa gubernamental (excepto Medicaid).

**M. Servicio militar.**
No Cubrimos una enfermedad, tratamiento o afección médica, debido al servicio en las Fuerzas Armadas o unidades auxiliares.

**N. Seguro de automóvil independiente de la culpabilidad.**
No Cubrimos ningún beneficio en la medida estipulada en concepto de cualquier pérdida o parte de ella, para la cual se puedan recuperar o sean recuperables los beneficios del seguro de automóvil independiente de la culpabilidad. Esta exclusión se aplica incluso si Usted no presenta una reclamación adecuada y oportuna de los beneficios a su disposición en virtud de una póliza obligatoria independiente de la culpabilidad.

**O. Servicios no mencionados.**
No Cubrimos los servicios que no figuren en el presente Contrato como Cubiertos.

**P. Servicios prestados por un familiar.**
No Cubrimos servicios realizados por un familiar inmediato de la persona cubierta. “Familiar inmediato” significa hijo/hija, hijastro/hijastra, cónyuge, padre/madre, padrastro/madrastra, hermanos/hermanas, hermanastros/hermanastras, suegros/suegras, yernos, nueras, cuñados/cuñadas, abuelos/abuelas, cónyuge del abuelo/abuela, nietos/nietas o cónyuge del nieto o la nieta.

**Q. Servicios facturados por separado por los empleados de un Hospital.**
No Cubrimos los servicios prestados y facturados por separado por los empleados de Hospitales, laboratorios u otras instituciones.

**R. Servicios sin cargo.**
No Cubrimos los servicios que se hacen normalmente sin cargo.

**S. Guerra.**
No Cubrimos una enfermedad, tratamiento o afección médica a causa de una guerra, declarada o no declarada.

**T. Incapacidad laboral.**
No Cubrimos los servicios si los beneficios de estos servicios se proporcionan conforme a cualquier ley estatal o federal en materia de indemnización por accidentes laborales, enfermedades laborales o responsabilidad de empleadores.

## SECCIÓN XVIII

## Determinaciones de reclamaciones

**A. Reclamaciones.**
Una reclamación es una petición para que los beneficios o servicios se proporcionen o paguen de acuerdo con los términos de este Contrato. Ya sea Usted o el Proveedor deben presentar un formulario de reclamación ante Nosotros. Si el Proveedor no está dispuesto a presentar el formulario de reclamación, Usted tendrá que presentarlo.

**B. Aviso de reclamación.**
Las reclamaciones por servicios deben incluir toda la información que Nosotros designemos que es necesaria para procesar la reclamación, incluyendo, pero sin limitarse a: El número de identificación del Miembro, el nombre, la fecha de nacimiento, la fecha de servicio, el tipo de servicio, el cargo por cada servicio, el código de procedimiento para el servicio en su caso, el código de diagnóstico, el nombre y la dirección del Proveedor que hace el cargo y el historial médico de evidencia, cuando sea necesario. No se aceptará una reclamación que no contenga toda la información necesaria; en ese caso, se deberá volver a presentar la reclamación con toda la información necesaria. Los formularios de reclamación están disponibles llamando al número que figura en su tarjeta de identificación o visitando Nuestro sitio web en www.metroplus.org. Los formularios de reclamación completados se deben enviar a la dirección que aparece en la sección “Cómo funciona Su cobertura” de este Contrato. También puede enviarnos una reclamación de forma electrónica a la dirección de correo electrónico que aparece en la sección “Cómo funciona Su cobertura” de este Contrato, o visitando Nuestro sitio de internet en www.metroplus.org.

**C. Plazo para presentar reclamaciones.**
Las reclamaciones por servicios deben ser presentadas para su pago dentro de los 180 días después de recibir los servicios para los cuales se solicita el pago. Si no es razonablemente posible presentar una reclamación en el plazo de 180 días, debe presentarla tan pronto como sea razonablemente posible.

**D. Reclamaciones de remisiones prohibidas.**
No estamos obligados a pagar ninguna reclamación, factura u otra demanda o solicitud de un Proveedor en concepto de servicios clínicos de laboratorio, servicios de farmacia, servicios de radioterapia, servicios de fisioterapia o de rayos X, y servicios de diagnóstico por imagen proporcionados de acuerdo a una remisión 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 se refieran a una necesidad médica o a una determinación experimental o de investigación. Por ejemplo, Nuestro procedimiento de determinación de reclamaciones se aplica a la denegación de beneficios contractuales y Remisiones. Si Usted no está de acuerdo con Nuestra determinación de reclamaciones, puede presentar una Queja en virtud de la sección Quejas del presente Contrato.

Para una descripción de los procedimientos de Revisión de la Utilización y del proceso de Apelación para necesidades médicas o determinaciones experimentales o de investigación,

consulte las secciones “Revisión de la Utilización” y “Apelación Externa” de este Contrato.

**F. Determinaciones de reclamaciones previas al servicio.**

1. Una reclamación previa al servicio es una solicitud para que se apruebe un servicio o tratamiento antes de que se haya recibido. Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a una reclamación previa al servicio (por ejemplo, una determinación de beneficio cubierto o una Remisión), tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) dentro de los 15 días siguientes a la recepción de la reclamación.

   Si necesitamos más información, se la pediremos en el plazo de 15 días desde la recepción de la reclamación. Usted tendrá 45 días calendario para presentar la información. Si recibimos la información dentro de 45 días, nosotros tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o su representante) por escrito, dentro de 15 días de haber recibido la información. Si toda la información necesaria no se recibe dentro de 45 días, tomaremos una determinación dentro de los 15 días calendario siguientes 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 tomar una determinación, tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) por teléfono en las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud. Una notificación escrita le llegará dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la decisión. Si necesitamos información adicional, se la pediremos dentro de las siguientes 24 horas. A continuación, tendrá 48 horas para presentar la información. Tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) por teléfono dentro de las 48 horas de la recepción de la información o al final del plazo de 48 horas, lo que suceda primero. Una notificación escrita le llegará dentro de los tres (3) días calendario siguientes 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 hacer una determinación con respecto a una reclamación posterior al servicio, haremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de la reclamación, si denegamos la reclamación de manera total o parcial. Si necesitamos más información, se la pediremos en el plazo de 30 días calendario. A continuación, tendrá 45 días para proporcionar la información. Tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) por escrito dentro de los 15 días calendario de la recepción de la información o al final del plazo de 45 días, lo que suceda primero, si denegamos la reclamación de manera total o parcial.

**H. Pago de reclamaciones.**

Si bien Nuestra obligación de pagar una reclamación es razonablemente clara, Nosotros pagaremos la reclamación dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la reclamación (cuando se la envía a través de Internet o del correo electrónico) y dentro de los 45 días de la recepción de la reclamación (cuando se la envía a través de otros medios, inclusive impresa en papel o por fax). Si solicitamos información adicional, pagaremos la reclamación

dentro de los 15 días de Nuestra determinación de vencimiento del pago, pero dentro de los 30 días (en el caso de las reclamaciones presentadas a través de Internet o del correo electrónico) y dentro de los 45 días (en el caso de las reclamaciones que se presentan por otros medios, como impresa en papel o por fax) de la recepción de la información.

## SECCIÓN XIX

## Procedimientos para Quejas

**A. Quejas.**
Nuestro procedimiento para Quejas se aplica a cualquier cuestión no relacionada con una Necesidad Médica o con una determinación experimental o de investigación Nuestra. Por ejemplo, se aplica a la denegación de beneficios contractuales o problemas o inquietudes que Usted tenga respecto a nuestras políticas administrativas o el acceso a los Proveedores.

**B. Cómo presentar una queja.**
Puede ponerse en contacto con Nosotros por teléfono al número que aparece en Su tarjeta de identificación o por escrito para presentar una Queja. Debe utilizar Nuestro formulario de Quejas para las Quejas por escrito. Usted puede presentar una Queja verbal en relación con la denegación de una Remisión o una determinación de beneficio cubierto. Podemos requerir que Usted firme un acuse de recibo de su Queja oral, preparado por nosotros. Usted o Su representante tienen hasta 180 días calendario a partir del momento en que Usted recibe la decisión que nos solicita que revisemos para presentar una Queja.

Cuando recibamos su Queja, le enviaremos un acuse de recibo dentro de los 15 días hábiles. El acuse de recibo incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona encargada de su Queja, e indicará qué información adicional se debe proporcionar, si fuera necesario.

Mantenemos la confidencialidad de todas las solicitudes y discusiones, y no tomaremos ninguna medida discriminatoria como consecuencia de Su problema. Tenemos un proceso de Queja estándar y acelerado, dependiendo de la naturaleza de su investigación.

Usted puede solicitar que Nosotros le enviemos una notificación electrónica de la determinación de Queja en lugar de un aviso escrito o telefónico. Usted debe notificarnos con antelación si desea recibir notificaciones electrónicas. Para optar por dejar de recibir notificaciones electrónicas, llame al número que figura en Su tarjeta de identificación o visite Nuestro sitio web en www.metroplus.org. Usted puede optar por dejar de recibir notificaciones electrónicas en cualquier momento.

**C. Determinación de la Queja.**
El personal calificado revisará Su Queja o, si se trata de una cuestión clínica, un profesional médico certificado o registrado profesional la estudiará. Decidiremos sobre la Queja y se lo notificaremos dentro de los siguientes plazos:

| | |
|---|---|
| Quejas aceleradas/urgentes: | Por teléfono, dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la toda la información necesaria o dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su Queja, lo que suceda primero.<br>La notificación por escrito se proporcionará dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su Queja. |

| | |
|---|---|
| Quejas previas al servicio: (Una solicitud de un servicio o tratamiento que aún no se ha proporcionado). | Por escrito, dentro de los 15 días calendario siguientes a la recepción de Su Queja. |
| Quejas posteriores al servicio: (Una Reclamación por un servicio o tratamiento que ya se ha proporcionado). | Por escrito, dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de Su Queja. |
| Todas las demás Quejas: (Que no sean en relación con una reclamación o solicitud de servicio o tratamiento). | Por escrito, dentro de los 45 días calendario siguientes a la recepción de toda la información necesaria, pero no más de 60 días calendario siguientes a la recepción de su Queja. |

**D. Asistencia.**
Si no está satisfecho con Nuestra determinación de la Queja o no está satisfecho en cualquier otro momento, Usted puede:

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

**Llamar al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al 1-800-342-3736 o escribirles a:**
New York State Department of Financial Services Consumer Assistance Unit
One Commerce Plaza Albany, NY 12257 Sitio web: www.dfs.ny.gov

Si Usted necesita asistencia para presentar una Queja, también puede comunicarse con el Programa de Asistencia al Consumidor independiente del estado en:
Community Health Advocates 633 Third Avenue, 10th Floor New York, NY 10017
O puede llamar de manera gratuita al: 1-888-614-5400, o enviar correo electrónico a cha@cssny.org Sitio web: www.communityhealthadvocates.org

## SECCIÓN XX

## Revisión de la Utilización

### A. Revisión de la Utilización.

Revisamos los servicios de salud para determinar si los servicios son o eran Médicamente Necesarios o experimentales o de investigación ("Médicamente Necesarios"). Este proceso se denomina Revisión de la Utilización. La Revisión de la Utilización incluye todas las actividades de revisión, si se llevan a cabo antes del servicio que se realiza (Autorización Previa), durante la prestación del servicio (concurrente) o después de realizar el servicio (retrospectiva). Si Usted tiene alguna pregunta sobre el proceso de Revisión de la Utilización, o para obtener servicios para trastornos de salud mental y por el consumo de sustancias, por favor llame al número en su tarjeta de identificación. El número de teléfono gratuito está disponible al menos 40 horas a la semana con una contestadora fuera del horario de atención.

Determinaciones iniciales que indiquen que los servicios no son Médicamente Necesarios se tomarán por: 1) Médicos con licencia; o 2) Profesionales de Atención Médica con licencia, certificados, registrados o con credenciales que tengan la misma profesión o una especialidad similar a la del Proveedor que, por lo general, gestiona su afección médica o enfermedad o que presta el servicio de atención médica que está bajo revisión; o 3) Para el tratamiento del trastorno de salud mental o por consumo de sustancias, los Médicos con licencia o los Profesionales de Atención Médica certificados, registrados o con credenciales que estén especializados en salud conductual y tengan experiencia en la aplicación de tratamientos para el trastorno de salud mental o por consumo de sustancias. Determinaciones de apelaciones que indiquen que los servicios no son Médicamente Necesarios se tomarán por: 1) Médicos con licencia que están certificados por la junta o son elegibles para la misma especialidad o similar a la del proveedor que normalmente maneja su afección o enfermedad médica o brinda el servicio de atención médica bajo revisión; o 2) Profesionales de Atención Médica con licencia, certificados, registrados o con credenciales que tengan la misma profesión o una especialidad similar a la del Proveedor que, por lo general, gestiona su afección médica o enfermedad o que presta el servicio de atención médica que está bajo revisión; o 3) Para el tratamiento del trastorno de salud mental o por consumo de sustancias, los Médicos con licencia o los Profesionales de Atención Médica certificados, registrados o con credenciales que estén especializados en salud conductual y tengan experiencia en la aplicación de tratamientos para el trastorno de salud mental o por consumo de sustancias. No compensamos ni proporcionamos incentivos financieros a Nuestros empleados o revisores para determinar que los servicios no son Médicamente Necesarios.

Hemos desarrollado guías y protocolos para ayudarnos en este proceso. Usaremos herramientas de criterios de revisión clínica basadas en evidencia y revisadas por pares que sean apropiadas para la edad del paciente y designadas por OASAS para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias o aprobadas para su uso por OMH para el tratamiento de salud mental. Las guías y protocolos específicos están disponibles para Su revisión cuando lo solicite. Para más información, llame al número en Su tarjeta de identificación o visite Nuestro sitio web en www.metroplus.org.

**B. Revisiones de Autorizaciones Previas.**

1. **Revisiones de Autorizaciones Previas sin carácter de urgencia.** Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación respecto a la revisión de una Autorización Previa, tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y a Su Proveedor, por teléfono y por escrito, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud.

   Si necesitamos más información, se la pediremos en el plazo de tres (3) días hábiles. Usted o Su Proveedor tendrán entonces 45 días calendario para presentar la información. Si recibimos la información solicitada dentro de los 45 días, Nosotros tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y a Su Proveedor, por teléfono y por escrito, dentro de los 3 días hábiles posteriores a la recepción de la información. Si toda la información necesaria no se recibe dentro de 45 días, haremos una determinación dentro de los 15 días naturales siguientes a lo que ocurra primero entre la recepción de una parte de la información solicitada y el final del período de 45 días.

2. **Revisiones de Autorizaciones Previas urgentes.** Con respecto a las solicitudes de Autorizaciones Previas urgentes, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y Su Proveedor, por teléfono, en las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud. La notificación por escrito se proporcionará dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, se la pediremos dentro de las siguientes 24 horas. Usted o Su Proveedor tendrán entonces 48 horas para presentar la información. Tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y a su Proveedor por teléfono y por escrito dentro de las 48 horas de la recepción de la información o al final del plazo de 48 horas, lo que suceda primero. La notificación por escrito se proporcionará dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción de la información o tres (3) días calendario después de la notificación verbal, lo que suceda primero.

3. **Servicios ordenados por un tribunal** En relación con solicitudes de servicios de salud mental y/o por trastornos por consumo de sustancias que todavía no se han proporcionado, si Usted (o Su representante) certifica, en un formato establecido por el Superintendente de Servicios Financieros, que comparecerá o ha comparecido ante un tribunal de jurisdicción competente y puede estar sujeto a una orden del tribunal que requiera tales servicios, tomaremos una determinación y le notificaremos a Usted (o Su representante) y a Su Proveedor por teléfono dentro de las 72 horas de haber recibido la solicitud. La notificación por escrito se proporcionará dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud. De ser posible, también haremos la notificación por teléfono y por escrito al tribunal.

4. **Revisiones de servicios de rehabilitación como paciente hospitalizado** Después de recibir una solicitud de Autorización Previa para la cobertura de servicios de rehabilitación como paciente hospitalizado luego de un ingreso en el Hospital como paciente hospitalizado provista por un Hospital o un centro de enfermería especializada, tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y a Su Proveedor, por teléfono y por escrito, en el plazo de un (1) día

hábil después de 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 con licencia según la sección 36.01 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York no está sujeta a una Autorización Previa. Puede analizar retrospectivamente el tratamiento administrado en los centros de estabilización de crisis para determinar si es Médicamente Necesario y Nosotros utilizaremos las herramientas de revisión clínica designadas por la OASAS o aprobadas por la OMH. Si cualquier tratamiento en un centro de estabilización de crisis participante se deniega por no ser Médicamente Necesario, Usted solo es responsable de los Costos Compartidos que de otro modo se aplicarían a su tratamiento.

6. **Autorización previa para el tratamiento de la rabia.** El tratamiento contra la rabia posterior a la exposición autorizado por una autoridad sanitaria del condado es suficiente para que lo consideremos preautorizado por nosotros.

**C. Revisiones concurrentes.**

1. **Revisiones concurrentes sin carácter de urgencia.** Se tomarán las decisiones sobre la Revisión de la Utilización de los servicios durante el curso de la atención (revisiones concurrentes) y se le notificará a Usted (o a Su representante) y a su Proveedor, por teléfono y por escrito, en el plazo de un (1) día hábil de la recepción de toda la información necesaria. Si necesitamos más información, se la pediremos en el plazo de un (1) día hábil. Usted o Su Proveedor tendrán entonces 45 días calendario para presentar la información. Tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y a Su Proveedor, por teléfono y por escrito, en el plazo de un (1) día hábil de haber recibido la información o, si no recibimos la información, en el plazo más corto entre 15 días calendario; un (1) día hábil a partir de la recepción de parte de la información solicitada o bien de 15 días calendario siguientes al final del período de 45 días.

2. **Revisiones concurrentes urgentes.** Para las revisiones concurrentes que implican una ampliación de la Atención de Urgencia, si la solicitud de cobertura se hace por lo menos 24 horas antes de la expiración de un tratamiento previamente aprobado, tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y a Su Proveedor por teléfono dentro de las 24 horas de la recepción de la solicitud. La notificación por escrito se proporcionará en el plazo de un (1) día hábil siguiente a la recepción de la solicitud.

   Si la solicitud de cobertura no se hace por lo menos 24 horas antes de la expiración de un tratamiento previamente aprobado y tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y a Su Proveedor dentro de las 72 horas siguientes o un (1) día hábil siguiente a la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, se la pediremos dentro de las siguientes 24 horas. Usted o Su Proveedor tendrán entonces 48 horas para presentar la información. Tomaremos una determinación y se la notificaremos por escrito a Usted (o a Su representante) y a Su Proveedor en el plazo de un (1) día hábil o 48 horas después de haber recibido la información, lo que suceda primero o, si no recibimos la información, 48 después de

que acabe el período de 48 horas.

3. **Revisiones de la atención médica a domicilio.** Después de recibir una solicitud de cobertura para los servicios de atención a domicilio luego de un ingreso en el Hospital como paciente hospitalizado, tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y a Su Proveedor, por teléfono y por escrito, en el plazo de un (1) día hábil después de la recepción de la información necesaria. Si al día siguiente de la solicitud es fin de semana o día festivo, tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y a Su Proveedor dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la información necesaria. Cuando recibimos una solicitud de servicios de atención a domicilio y toda la información necesaria antes de Su alta de un ingreso en el Hospital como paciente hospitalizado, no denegaremos la cobertura de servicios de atención a domicilio mientras Nuestra decisión sobre la solicitud esté pendiente.

4. **Revisiones del tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado.** Si se presenta una solicitud de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias de un paciente hospitalizado al menos 24 horas antes de su alta de un ingreso para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado, tomaremos una determinación en las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud y proporcionaremos la cobertura del tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias del paciente hospitalizado mientras Nuestra determinación esté pendiente.

5. **Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado en centros certificados por OASAS participantes.** La cobertura del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado en un Centro certificado por OASAS Participante no está sujeta a una Autorización Previa. La cobertura no estará sujeta a una revisión concurrente durante los primeros 28 días del ingreso como paciente hospitalizado si el Centro certificado por OASAS Nos notifica del ingreso y del plan de tratamiento inicial dentro de los dos (2) días hábiles posteriores al ingreso. Después de los primeros 28 días del ingreso como paciente hospitalizado, podemos revisar toda la estancia para determinar si es Médicamente Necesaria y usaremos la herramienta para la revisión clínica designada por OASAS. Si se deniega una parte de la estancia por no ser Médicamente Necesaria, Usted solo es responsable de los Costos Compartidos dentro de la red que de otro modo aplicarían a su ingreso como paciente hospitalizado.

6. **Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente ambulatorio en centros certificados por OASAS participantes.** La Cobertura para el tratamiento para pacientes ambulatorios, pacientes ambulatorios intensivos, rehabilitación de pacientes ambulatorios y para consumo de opioides en una institución participante certificada por OASAS no está sujeta a Autorización Previa. La Cobertura no estará sujeta a la 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 del inicio del tratamiento y del plan de tratamiento inicial dentro de los dos (2) días hábiles. Después de las primeras cuatro (4) semanas de tratamiento continuo, sin exceder las 28 visitas, Nosotros podemos revisar el tratamiento ambulatorio en su totalidad para determinar si es Médicamente Necesario

y usaremos herramientas de revisión clínica designadas por OASAS. Si se deniega cualquier porción del tratamiento ambulatorio por no ser Médicamente Necesario, Usted será el único responsable de los Costos Compartidos dentro de la red que, de lo contrario, se aplicarían a su tratamiento ambulatorio.

**D. Revisión retrospectiva.**
Si tenemos toda la información necesaria para tomar una decisión con respecto a una reclamación retrospectiva, tomaremos una decisión y se la notificaremos a Usted y a Su Proveedor dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de la solicitud. Si necesitamos más información, se la pediremos en el plazo de 30 días calendario. Usted o Su Proveedor tendrán entonces 45 días calendario para presentar la información. Tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted y a Su Proveedor por escrito dentro de los 15 días calendario siguientes a la recepción de la información o al final del período de 45 días.

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

**E. Revisión retrospectiva de servicios autorizados previamente.**
Solo podemos revertir un tratamiento, servicio o procedimiento previamente autorizado de revisión retrospectiva cuando:

- La información médica relevante que se nos presente en la revisión retrospectiva sea sustancialmente diferente de la información que se presente durante la revisión de Autorización Previa;
- La información médica relevante que se nos presente en la revisión retrospectiva existiese en el momento de la Autorización Previa, pero se retuviera o no se pusiera a Nuestra disposición;
- No fuésemos conscientes de la existencia de dicha información en el momento de la revisión de Autorización Previa; y
- Si hubiéramos tenido conocimiento de esa información, no se hubiese autorizado el tratamiento, servicio o procedimiento que se solicita. La determinación se realiza con los mismos estándares, criterios o procedimientos específicos que se utilizan durante la revisión de Autorización Previa.

**F. Determinaciones de anulación de la terapia escalonada.**
Usted, Su representante o su Profesional de Atención Médica puede 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 una Revisión de la Utilización para una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada, utilizaremos criterios de revisión clínica revisados por pares y basados en evidencias reconocidos que sean adecuados para Usted y Su afección médica.

1. **Fundamentos y documentación de respaldo.** Una solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada debe incluir fundamentos y documentación de respaldo del Profesional de Atención Médica, que demuestre que:
   - El Medicamento Recetado requerido está contraindicado o probablemente le provoque una reacción adversa o daño físico o mental;

- Se espera que el Medicamento Recetado requerido sea ineficaz en base a su historial clínico conocido, a su afección y al régimen del Medicamento Recetado;
- Usted ha probado el Medicamento Recetado requerido mientras Nosotros lo cubríamos o bajo Su cobertura de seguro médico anterior, u otro Medicamento Recetado de la misma clase farmacológica o con el mismo mecanismo de acción, y que el Medicamento Recetado fue discontinuado, debido a la falta de eficacia o efectividad, a una disminución en el efecto o a un efecto secundario;
- Usted está estable tomando un Medicamento Recetado seleccionado por su Profesional de Atención Médica para su afección médica, siempre que esto no nos impida el requerirle que intente un equivalente genérico con una clasificación AB; o
- El Medicamento Recetado requerido no redunda en Su beneficio porque probablemente le provoque un importante obstáculo a la adhesión o el cumplimiento con Su plan de atención, probablemente empeore una afección comórbida o probablemente disminuya su capacidad de lograr o mantener una capacidad funcional razonable para realizar las actividades de la vida diaria.

2. **Revisión estándar.** Tomaremos una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada y le notificaremos a Usted (o a Su representante) y, en caso de que corresponda, a su Profesional de Atención Médica, dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de los fundamentos y la documentación de respaldo.

3. **Revisión acelerada.** Si Usted tiene una afección médica que pone en grave peligro su salud sin el Medicamento Recetado prescrito por su Profesional de Atención Médica, tomaremos una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de los fundamentos y la documentación de respaldo.

Si los fundamentos y la documentación de respaldo requeridos no se presentan con la solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada, solicitaremos la información dentro de las 72 horas para las revisiones retrospectivas y la Autorización Previa; el plazo menor de 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 tendrá 45 días calendario para presentar la información para la Autorización Previa, para revisiones retrospectivas y concurrentes, y 48 horas para las revisiones aceleradas. Para las revisiones de Autorizaciones Previas, tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y a su Profesional de Atención Médica dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la información o dentro de los 15 días calendario posteriores al final del período de 45 días si no se recibe la información, lo que suceda primero. Para las revisiones concurrentes, tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y a su Profesional de Atención Médica dentro de las 72 horas o un (1) día hábil posteriores a la recepción de la información o dentro de los 15 días calendario posteriores al final del período de 45 días si no se recibe la información, lo que suceda primero. Para las revisiones retrospectivas, tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y a su Profesional de Atención Médica dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la información o dentro de los 15 días calendario posteriores al final del período de 45 días si no se recibe la información, lo que suceda primero. Para las revisiones

aceleradas, tomaremos una determinación y se la notificaremos a Usted (o a Su representante) y a su Profesional de Atención Médica dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la información o dentro de las 48 horas posteriores al final del período de 48 horas si no se recibe la información, lo que suceda primero.

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

Si determinamos que el protocolo de la terapia escalonada debería anularse, autorizaremos la cobertura inmediata del Medicamento Recetado prescrito por el Profesional de Atención Médica que lo atiende. Una determinación de anulación del protocolo de terapia escalonada es elegible para una Apelación.

**G. Redeterminación.**
Si no intentamos consultar con Su Proveedor que recomendó el Servicio Cubierto antes de tomar una determinación adversa, Su Proveedor puede solicitar la redeterminación por el mismo revisor clínico que tomó la determinación adversa o por un revisor clínico designado cuando el revisor clínico original no está disponible. Para las revisiones concurrentes y de Autorización Previa, la redeterminación se llevará a cabo un (1) día hábil después de la solicitud de reconsideración. Si se confirma la determinación adversa, se le dará una notificación de determinación adversa a Usted y a Su Proveedor por teléfono y por escrito.

**H. Apelaciones internas de la Revisión de la Utilización.**
Usted, Su representante y, en los casos de revisión retrospectiva, Su Proveedor, pueden solicitar una Apelación interna de una determinación adversa, ya sea por teléfono o por escrito.

Usted tiene hasta 180 días calendario después de recibir la notificación de la determinación adversa para presentar una Apelación. Acusaremos recibo de Su solicitud de Apelación interna dentro de los 15 días calendario siguientes a la recepción. De ser necesario, este acuse de recibo incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona encargada de Su Apelación, e indicará qué información adicional es necesaria antes de tomar una decisión. La Apelación la decidirá un revisor clínico, el cual no será un subordinado del revisor clínico que tomó la determinación adversa inicial y el cual será (1) un Médico o (2) un Profesional de Atención Médica con la misma especialidad o similar a la del Proveedor que normalmente maneja la enfermedad o afección en cuestión.

1. **Denegación de servicios fuera de la red.** Usted también tiene el 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 significativamente diferente a uno disponible dentro de la red de servicios de salud. 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 esté disponible con un Proveedor Participante. Para una Apelación de Revisión de la Utilización de la denegación de un servicio de salud fuera de la red, Usted o Su representante deberán presentar:
    - Una declaración escrita de Su Médico tratante, el cual tiene que ser un Médico certificado por el consejo o elegible por la junta, calificado para ejercer en el

área de especialidad de la práctica apropiada para el tratamiento de Su afección, que indique que el servicio de salud solicitado fuera de la red es significativamente diferente del servicio de salud alternativo disponible con un Proveedor Participante que hayamos aprobado para el tratamiento de Su afección; y
- Dos (2) documentos de las pruebas médicas y científicas disponibles que indiquen que el servicio fuera de la red: 1) probablemente sea clínicamente más beneficio para Usted que el servicio alternativo dentro de la red; y 2) que el riesgo adverso del servicio fuera de la red probablemente no aumentará sustancialmente con respecto al servicio de salud en la red.

2. **Denegación de la autorización de servicios fuera de la red.** Usted también tiene derecho de apelar la denegación de la solicitud de una autorización para 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 y que puede proveerle el servicio de atención médica solicitado. Para presentar una Apelación de la Revisión de la Utilización de la denegación de una autorización de servicios fuera de la red, Usted o Su representante deben presentar una declaración escrita de Su Médico tratante, el cual tiene que ser un Médico certificado por el consejo o elegible por la junta calificado para ejercer en el área de especialidad de la práctica apropiada para el tratamiento de Su afección:
   - Que el Proveedor Participante recomendado por Nosotros no tiene la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer Sus necesidades de atención médica particulares para el servicio de atención médica; y
   - Recomendando a un Proveedor No Participante con la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer Sus necesidades de cuidados de salud particulares y que pueda proveerle el servicio de atención médica solicitado.

**I. Apelación estándar.**

1. **Apelación de la Autorización Previa.** Si Su Apelación se refiere a una solicitud de Autorización Previa, decidiremos sobre la Apelación dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de la solicitud de Apelación. Se le proporcionará una notificación por escrito de la determinación a Usted (o a Su representante) y, cuando corresponda, a Su Proveedor, dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la determinación, pero no más tarde de 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 sobre la Apelación dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la información necesaria para realizar la apelación o 60 días después de recibir la apelación, lo que suceda primero. Se le proporcionará una notificación por escrito de la determinación a Usted (o a Su representante) y, cuando corresponda, a Su Proveedor, dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la determinación, pero no más tarde de 60 días calendario después de la recepción de la solicitud de Apelación.

3. **Apelación acelerada.** La Apelación de la revisión de los servicios de atención médica

continuos o extendidos, los servicios adicionales prestados durante el tratamiento continuado, los servicios de atención médica a domicilio después del alta de un ingreso en el Hospital como paciente hospitalizado, los servicios en los que el Proveedor solicite una revisión inmediata, los servicios por trastorno por consumo de sustancias que pueden estar sujetos a una orden de un tribunal o cualquier otro asunto urgente se manejará de manera acelerada. Las Apelaciones aceleradas no están disponibles para las revisiones retrospectivas. Para las Apelaciones aceleradas, Su Proveedor tendrá acceso razonable al revisor clínico asignado a la Apelación en el plazo de un (1) día hábil después de la recepción de la solicitud de Apelación. Su Proveedor y un revisor clínico podrán intercambiar información por teléfono o fax. Se determinará una Apelación acelerada dentro de las 72 horas desde la recepción de la Apelación o dentro de los dos (2) días hábiles después de la recepción de la información necesaria para llevar a cabo la Apelación, lo que suceda primero. Se le proporcionará una notificación por escrito de la determinación a Usted (o a Su representante) dentro las 24 horas posteriores a la determinación, pero a más tardar a las 72 horas después de la recepción de la solicitud de Apelación.

Si no tomamos una determinación sobre Su Apelación dentro de los 60 días calendario siguientes a la recepción de la información necesaria para una Apelación estándar o dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la recepción de la información necesaria para una Apelación acelerada, se considerará como una reversión de la determinación adversa inicial.

4. **Apelación del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.** Si denegamos una solicitud para el tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado que se presentó al menos 24 horas antes de su alta de un ingreso como paciente hospitalizado y Usted y Su Proveedor presentan una Apelación interna acelerada en contra de Nuestra determinación adversa, decidiremos sobre esta dentro de las 24 siguientes a la recepción de Su solicitud de Apelación. Si Usted o Su Proveedor presentan una Apelación interna acelerada y una Apelación Externa acelerada 24 horas después de la recepción de la determinación adversa, también proveeremos cobertura para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado mientras esté pendiente la determinación sobre las Apelaciones internas y externas.

**J. Revisión Completa e Imparcial de una Apelación.**
Le proporcionaremos, sin costo para Usted, todas las evidencias nuevas y adicionales que consideremos, utilicemos o generemos, así como cualquier justificación nueva o adicional que se relacione con su Apelación. La evidencia o justificación se entregará lo antes posible y con suficiente anticipación de la fecha en la que deba entregarse el aviso de determinación adversa definitiva para darle una oportunidad razonable de responder antes de dicha fecha.

**K. Asistencia para la Apelación.**
Si Usted necesita ayuda para presentar una Apelación, puede comunicarse con el Programa de Asistencia al Consumidor independiente del estado en:
Community Health Advocates 633 Third Avenue, 10th Floor New York, NY 10017
O puede llamar de manera gratuita al: 1-888-614-5400, o enviar correo electrónico a cha@cssny.org Sitio web: www.communityhealthadvocates.org

## SECCIÓN XXI

## Apelación Externa

**A. Su derecho a una Apelación Externa.**
En algunos casos, Usted tiene derecho a una Apelación Externa de una denegación de la cobertura. Si le denegamos la cobertura por motivo de que un servicio no es Médicamente Necesario (incluso conveniencia, entorno del centro de atención médica, nivel de atención o eficacia de un beneficio Cubierto) o es un tratamiento experimental o de investigación (incluso estudios clínicos y tratamientos para enfermedades raras) o es un tratamiento fuera de la red; o es un servicio de emergencia o una factura sorpresa (incluso si se aplicó el Costo Compartido correcto), Usted o Su representante pueden apelar esa decisión ante un Agente de Apelación Externa, una tercera parte independiente acreditada por el Estado para llevar a cabo estas apelaciones.

Para que Usted pueda ser elegible para una Apelación Externa, debe cumplir con los dos (2) requisitos siguientes:

- El servicio, procedimiento o tratamiento debe ser de todos modos un Servicio Cubierto según este Contrato; y
- En general, Usted debe haber recibido una determinación adversa definitiva a través de nuestro proceso de Apelación interna. Sin embargo, Usted puede presentar una Apelación Externa a pesar de que Usted no haya recibido una determinación adversa definitiva a través de nuestro proceso de Apelación interna si:
    - Estamos de acuerdo por escrito en renunciar a la Apelación interna. No estamos obligados a aceptar Su solicitud de renunciar a la Apelación interna; o
    - Usted presenta una Apelación Externa al mismo tiempo que solicita una Apelación interna acelerada; o
    - Incumplimos los requisitos de procesamiento de reclamaciones de Revisión de la Utilización (que no supongan una violación menor que no sea probable de causar perjuicio o daño a Usted y demostremos que la violación fue por una causa justificada o por cuestiones ajenas a Nuestra voluntad y que haya ocurrido durante un intercambio continuado y de buena fe de información entre Usted y Nosotros).

**B. Su derecho a una Apelación de una determinación de que un servicio no es Médicamente Necesario.**
Si le denegamos la cobertura basándonos en que el servicio no es Medicamente Necesario, Usted puede presentar una Apelación ante un Agente de Apelación Externa si cumple con los requisitos para una Apelación externa enumerados en el párrafo “A” anterior.

**C. Su derecho a una Apelación de una determinación de que un servicio es experimental o de investigación.**
Si le denegamos la cobertura basándonos en que el servicio es un tratamiento experimental o de investigación (incluso estudios clínicos y tratamientos de enfermedades raras), Usted debe cumplir los dos (2) requisitos para una Apelación Externa del párrafo “A” anterior y Su Médico tratante debe certificar que para Su afección o enfermedad:

1. Los servicios de atención médica estándares son ineficaces o médicamente inadecuados; o

2. No existe un servicio o procedimiento estándar más beneficioso que Cubramos Nosotros; o
3. No existe un estudio clínico o tratamiento de enfermedades raras (según lo define la ley).

Además, Su Médico tratante debe haber recomendado uno (1) de los siguientes:

1. Un servicio, procedimiento o tratamiento que dos (2) documentos de las pruebas médicas o científicas disponibles indiquen que el servicio es probable que sea más beneficioso para Usted que cualquier Servicio Cubierto estándar (solo se considerarán determinados documentos en respaldo de esta recomendación; Su Médico tratante debe comunicarse con el Estado para obtener información actualizada sobre qué documentos serán considerados o aceptables); o
2. Un estudio clínico para el cual Usted es elegible (solo se pueden considerar ciertos estudios clínicos); o
3. Un tratamiento de una enfermedad rara para las que su Médico tratante certifique que no exista un tratamiento estándar que es probable que sea clínicamente más beneficioso para Usted que el servicio solicitado, el servicio solicitado es probable que le beneficie a Usted en el tratamiento de su enfermedad rara, y dicho beneficio supere el riesgo del servicio. Además, su Médico tratante debe certificar que su afección es una enfermedad rara que se encuentra actualmente o estaba sujeta a un estudio de investigación de los Institutos Nacionales de la Red de Investigaciones Clínicas de Enfermedades Raras de la Salud o que afecte a menos de 200,000 residentes de los EE. UU. por año.

Para los fines de esta sección, su Médico tratante tiene que ser un Médico con licencia o certificado por el consejo o elegible por la junta, calificado para ejercer en el área de especialidad de la práctica apropiada para el tratamiento de Su afección o enfermedad. Además, para tratar las enfermedades raras, puede que el Médico que siempre la atiende no sea Su Médico tratante.

**D. Su derecho a una Apelación ante una decisión de que un servicio está fuera de la red.**

Si le denegamos la cobertura de un tratamiento fuera de la red debido a que no es sustancialmente diferente del servicio de salud disponible en la red, es posible recurrir a un Agente de Apelación Externa si cumple con los dos (2) requisitos para una Apelación Externa de acuerdo al párrafo “A” anterior y Usted ha solicitado la Autorización Previa para el tratamiento fuera de la red.

Además, Su Médico tratante debe certificar que el servicio fuera de la red es sustancialmente diferente del servicio de salud alternativo dentro de la red recomendado, y que se basa en dos (2) documentos de las pruebas médicas y científicas disponibles que indiquen que probablemente sea clínicamente más beneficioso que el tratamiento alternativo dentro de la red y que el riesgo adverso del servicio de salud solicitado probablemente no aumentará sustancialmente con respecto al servicio de salud alternativo en la red.

Para los efectos de esta sección, Su Médico tratante debe estar autorizado o certificado por el consejo o ser un Médico elegible por la junta calificado para ejercer en el área apropiada para tratarlo con el servicio de salud.

**E. Su derecho a una Apelación por la denegación de una autorización de servicios fuera de la red con un Proveedor No Participante.**
Si le hemos negado la cobertura de una solicitud de autorización de un Proveedor No Participante debido a que determinamos que tenemos un Proveedor Participante con la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer Sus necesidades de atención médica particulares y que puede proveerle los servicios de atención médica que solicitó, Usted puede recurrir a un Agente de Apelación Externa si cumple con los dos (2) requisitos de Apelación Externa en el párrafo “A” anterior.

Además, su Médico tratante debe: 1) certificar que el Proveedor Participante que nosotros recomendamos no tiene la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer Sus necesidades de atención médica particulares y 2) recomendar un Proveedor No Participante con la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención médica particulares que pueda proveerle el servicio de atención médica solicitado.

Para los efectos de esta sección, Su Médico tratante debe estar autorizado o certificado por el consejo o ser un Médico elegible por la junta calificado para ejercer en el área apropiada para tratarlo con el servicio de salud.

**F. Su derecho a una Apelación de una denegación de la excepción del Formulario.**
Si le hemos negado Su solicitud de cobertura de un Medicamento Recetado que no está en el Formulario a través de Nuestro proceso de excepción del Formulario, Usted, Su representante o el Profesional de Atención Médica que expide la receta pueden presentar una Apelación de la denegación de la excepción del Formulario ante 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.**
Usted tiene cuatro (4) meses a partir de la recepción de una determinación adversa definitiva o desde la recepción de una renuncia al proceso de Apelación interna para presentar una solicitud por escrito para una Apelación Externa. Si Usted está presentando una Apelación Externa sobre la base de Nuestra negativa a adherirse a reclamar los requisitos de procesamiento, Usted tiene cuatro (4) meses a partir de esa negativa para presentar una solicitud por escrito para una Apelación Externa.

Le ofreceremos una solicitud de Apelación Externa con la determinación adversa definitiva emitida a través de nuestro proceso de Apelación interna o Nuestra renuncia por escrito de la Apelación interna. También puede solicitar una solicitud de Apelación Externa del Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York llamando al 1-800-400-8882. Puede presentar la solicitud completa al Departamento de Servicios Financieros en la dirección indicada en la solicitud. Si Usted cumple con los criterios para una Apelación Externa, el Estado remitirá la solicitud a un Agente de Apelación Externa certificado.

Puede presentar 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 con respecto a la información sobre 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 optamos por 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 (que se describe más adelante), Nosotros no tenemos el derecho de reconsiderar Nuestra decisión.

En general, el Agente de Apelación Externa debe tomar una decisión dentro de los 30 días de haber recibido Su solicitud completa. El Agente de Apelación Externa puede solicitar información adicional a Usted, a su Médico, o a 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 por escrito su decisión dentro de dos (2) días hábiles.

Si Su Médico tratante certifica que una demora en la prestación del servicio que se le ha negado presenta una amenaza inminente o grave para Su salud; o si Su Médico tratante certifica que el plazo de Apelación externa estándar podría poner en grave peligro su vida, salud o capacidad para recuperar la funcionalidad máxima; o si Usted recibió los Servicios de Emergencia y no ha sido dado de alta de un Centro y la negación se refiere a un ingreso, disponibilidad de la atención o estancia continua, Usted puede solicitar una Apelación externa acelerada. En ese caso, el Agente de Apelación Externa debe tomar una decisión dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de Su solicitud completa. Inmediatamente después de llegar a una decisión, el Agente de Apelación Externa debe tratar de notificarle a Usted y a Nosotros por teléfono o fax de esa decisión. El Agente de Apelación Externa también debe notificarle por escrito Su decisión.

Si Su solicitud interna de excepción del Formulario se sometió a una revisión estándar a través del 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 expide la receta por teléfono dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de Su solicitud completa. El Agente de Apelación Externa les notificará por escrito a Usted o a Su representante y al Profesional de Atención Médica que expide la receta dentro de los dos (2) días hábiles después de tomar la determinación. Si el Agente de Apelación Externa revoca Nuestra denegación, Cubriremos el Medicamento Recetado mientras lo esté tomando, incluidas las Reposiciones.

Si Su solicitud interna de excepción del Formulario se sometió a una revisión acelerada a través del 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 expide la receta por teléfono dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de Su solicitud completa. El Agente de Apelación Externa les notificará por escrito a Usted o a Su representante y al Profesional de Atención Médica que expide la receta dentro de los dos (2) días hábiles después de tomar la determinación. Si el Agente de Apelación Externa revoca Nuestra denegación, Cubriremos el Medicamento Recetado mientras Usted padezca de la afección que podría poner en grave peligro Su salud, Su vida o Su capacidad para recuperar la funcionalidad máxima o mientras dure Su tratamiento actual con el Medicamento Recetado que no está en el Formulario.

Si el Agente de Apelación Externa revoca Nuestra decisión de que el servicio no es Médicamente Necesario o aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación o un tratamiento fuera de la red, proporcionaremos la cobertura sujeta a los demás términos y condiciones de este Contrato. Tenga en cuenta que si el Agente de Apelación Externa aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación

que forme parte de un estudio clínico, Nosotros solo Cubriremos los costos de los servicios necesarios para proporcionar un tratamiento de acuerdo al diseño del estudio. No nos hacemos responsables de los costos de los medicamentos o dispositivos en investigación, los costos de los servicios que no son de atención médica, los costos de gestión de la investigación o los costos que no estarían Cubiertos bajo este Contrato para los tratamientos no experimentales o de investigación proporcionados en el estudio 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 procedimiento judicial.

Le cobraremos una tarifa de insertar cualquier cantidad hasta $25 por cada Apelación Externa, la cual no excederá los $75 en un solo Año del Plan. La solicitud de Apelación Externa explicará cómo pagar la tarifa. Renunciaremos al cargo si se determina que el pago de la tarifa sería una dificultad para Usted. Si el Agente de Apelación Externa revoca la denegación de la cobertura, se le reembolsará la tarifa.

**H. Sus responsabilidades.**

**Es su responsabilidad iniciar el proceso de Apelación Externa.** Usted puede iniciar el proceso de Apelación Externa al presentar una solicitud completa ante el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. Usted puede designar a un representante para asistirle a Usted con su solicitud; sin embargo, el Departamento de Servicios Financieros podrá ponerse en contacto con Usted y solicitarle que confirme por escrito que Usted ha designado al representante.

**Conforme a la ley del Estado de Nueva York, su solicitud completa de Apelación Externa debe ser presentada dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la fecha en que Usted reciba una determinación adversa definitiva, o a la fecha en que Usted reciba una renuncia por escrito de cualquier Apelación interna o Nuestra falta de adhesión a reclamar los requisitos de procesamiento. No tenemos autoridad para extender este plazo.**

## SECCIÓN XXII

## Finalización de la cobertura

Se podrá dar por terminado este Contrato de la siguiente manera:

**A. Finalización automática de este Contrato.**
Este Contrato terminará automáticamente

1. Tras su fallecimiento.

2. Cuando cumpla 65 años, Su cobertura finalizará al final del mes en el cual cumpla 65 años o sea elegible para Medicare, lo que ocurra primero.

3. Cuando usted sea elegible para Medicaid o se inscriba en el Programa Medicaid, Su cobertura finalizará al final del mes en el que usted quede determinado como elegible para Medicaid.

4. Cuando Sus ingresos superen el 200% del Nivel Federal de Pobreza, Su cobertura finalizará al final del mes que hayan cambiado sus ingresos.

5. Cuando usted haya tenido un cambio en su situación migratoria que lo haga elegible para otra cobertura, incluyendo Medicaid, Su cobertura finalizará al final del mes antes de que quede determinado como elegible para Medicaid.

6. Cuando usted se haya inscrito en un programa diferente a través de NY State of Health Marketplace.

7. Cuando usted se haya inscrito en un seguro médico Patrocinado por el Empleador.

**B. Finalización por Usted.**
Usted puede finalizar la cobertura de este Contrato en cualquier momento proporcionándole una notificación por escrito a NYSOH con al menos 14 días de antelación.

**C. Finalización por Nosotros.**
Podemos finalizar este Contrato con una notificación por escrito con 30 días de anticipación de la siguiente manera:

1. Fraude o tergiversación intencional de hechos relevantes.
   Si Usted ha realizado un acto que constituya fraude o ha realizado una tergiversación intencional de hechos relevantes por escrito en su solicitud de inscripción o para obtener cobertura de un servicio, este Contrato finalizará inmediatamente después de que NYSOH le notifique por escrito a Usted. Sin embargo, si Usted hace una tergiversación intencional de hechos sustanciales por escrito en su solicitud de inscripción, rescindiremos este Contrato si los hechos tergiversados nos hubiesen llevado a denegar la emisión de este Contrato y la solicitud adjunta al presente Contrato. Rescisión significa que la finalización de Su cobertura tendrá un efecto retroactivo hasta un (1) año; la emisión de este Contrato.

2. Si Usted ya no vive o reside en Nuestra Área de Servicio.

3. La fecha en la que este Contrato finalice porque dejamos de ofrecer la clase de contratos a los que este pertenece sin tener en cuenta la siniestralidad o condición relacionada con la salud de este Contrato. Le notificaremos por escrito a Usted con al menos 90 días de antelación.

4. La fecha en que finalice el Contrato porque decidamos finalizar o dejar de ofrecer toda cobertura de gastos médicos, de Hospital y cirugía en el mercado individual, en este Estado. Le notificaremos por escrito a Usted con al menos 180 días de antelación.

Ninguna finalización afectará el derecho a una reclamación de beneficios que hubiera surgido con anterioridad a dicha finalización.

Vea la sección "Derecho de conversión a un nuevo Contrato después de la finalización" de este Contrato para Su derecho a la conversión a otro Contrato individual.

## SECCIÓN XXIII

### Derechos de suspensión temporaria para los integrantes de las Fuerzas Armadas

Si Usted, el Suscriptor, integra un componente de la reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluso la Guardia Nacional, Usted tiene derecho a la suspensión temporaria de la cobertura durante el servicio activo y al restablecimiento de la cobertura al final del servicio activo si:

1. Su servicio activo se prolonga durante un período en que el Presidente esté autorizado a ordenar a las unidades de la reserva para el servicio activo, siempre que tal servicio activo adicional sea a petición y para la conveniencia del gobierno federal; y
2. Usted sirva no más de cinco (5) años de servicio activo.

Usted debe hacer una petición por escrito para que suspendamos Su cobertura durante un período de servicio activo.

Una vez finalizado el servicio activo, se podrá reanudar Su cobertura siempre que Usted presente una solicitud por escrito.

Para la cobertura que se suspendió durante el servicio activo, la cobertura será retroactiva a la fecha en que finalizó el servicio activo.

## SECCIÓN XXIV

## Disposiciones generales

**1. Acuerdos entre Nosotros y los Proveedores Participantes.**
Cualquier acuerdo entre Nosotros y los Proveedores Participantes solo podrá ser resuelto por Nosotros o los Proveedores. Este Contrato no requiere que ningún Proveedor acepte a un Suscriptor como paciente. No garantizamos la admisión de un Suscriptor a cualquier Proveedor Participante o a cualquier programa de beneficios de salud.

**2. Cesión.**
Usted no puede ceder ningún beneficio bajo este Contrato ni ninguna reclamación legal en base a la denegación de beneficios o la solicitud de documentos del plan a ninguna persona, corporación u otra organización. Cualquier cesión de beneficios o reclamaciones legales en base a la denegación de beneficios o solicitud de documentos del plan que Usted realice será nula e inaplicable.

Por cesión se entiende la transferencia a otra persona, corporación u otra organización de Su derecho a los servicios prestados en virtud del presente Contrato o Su derecho a cobrar el dinero que Nosotros pagamos por esos servicios. Nada de lo establecido en este párrafo afectará Su derecho de designar a un representante, tal como lo establece de otro modo la ley aplicable.

**3. Cambios en este Contrato.**
Podemos cambiar unilateralmente el presente Contrato en el momento de renovación si se lo notificamos a Usted por escrito con 60 días de antelación.

**4. Legislación aplicable.**
Este Contrato se regirá por las leyes del estado de Nueva York.

**5. Error administrativo.**
Los errores administrativos, ya sea por Usted o por Nosotros, con respecto a este Contrato o a cualquier otro documento expedido por Nosotros, en relación con este Contrato o para mantener cualquier registro perteneciente a la cobertura aquí explicitada, no modificarán ni anularán la cobertura que de otro modo estaría vigente o no continuará la cobertura que de lo contrario quedaría finalizada.

**6. Conformidad con la ley.**
Cualquier término de este Contrato que esté en conflicto con la ley del estado de Nueva York o con cualquier ley federal aplicable que imponga requisitos adicionales a los que se exigen según la ley del estado de Nueva York, se modificará para que cumpla con los requisitos mínimos de dicha ley.

**7. Continuación de los límites de los beneficios.**
Algunos de los beneficios de este Contrato pueden limitarse a un número determinado de visitas. Usted no tendrá derecho a ningún beneficio adicional si el estado de Su cobertura cambia durante el año. Por ejemplo, Su cobertura finaliza y usted se inscribe en el producto más adelante en el año.

**8. Acuerdo completo.**
Este Contrato y cualquier endoso, anexo y las solicitudes adjuntadas, si corresponde, constituyen la totalidad del Contrato.

**9. Fraude y facturación abusiva.**
Contamos con procesos para revisar las reclamaciones antes y después del pago, a fin de detectar el fraude y la facturación abusiva. Los Miembros que busquen servicios de Proveedores No Participantes podrían recibir una factura por concepto de Facturación de Saldo del Proveedor No Participante por aquellos servicios que se determinen como no pagaderos como resultado de una creencia razonable de fraude u otra mala conducta intencional o facturación abusiva.

**10. Suministro de información y auditoría.**
Usted proporcionará de manera inmediata toda la información y los registros que podamos requerir oportunamente para llevar a cabo nuestras obligaciones en virtud de este Contrato. Usted debe proporcionarnos la información por teléfono, por razones como las siguientes: para permitirnos determinar el nivel de atención que necesita, de modo que podamos certificar la atención autorizada por su Médico, o para tomar decisiones con respecto a la Necesidad Médica de Su atención.

**11. Tarjetas de identificación.**
Nosotros emitimos las tarjetas de identificación solo para fines de identificación. La posesión de cualquier tarjeta de identificación no confiere ningún derecho a recibir servicios o beneficios de este Contrato.

**12. Incontestabilidad.**
Ninguna declaración que Usted haga en la solicitud de cobertura de este Contrato lo eximirá del Contrato ni se utilizará en ningún procedimiento legal, a menos que la solicitud o una copia exacta se adjunten al presente Contrato.

**13. Aportes para el desarrollo de Nuestras políticas.**
Usted puede participar en el desarrollo de Nuestras políticas incorporándose al Comité Asesor para Miembros (MAC). Los Miembros y el personal del Plan se reúnen varias veces para almorzar durante el año para trabajar sobre las maneras para mejorar nuestro plan de salud. Si le gustaría unirse al Comité Asesor para Miembros (Member Advisory Committee, MAC), llame al 1-800-303-9626.

**14. Acceso a los materiales.**
Le daremos las tarjetas de identificación, los Contratos, los anexos y demás materiales necesarios.

**15. Más información sobre Su Plan de Salud.**
Puede solicitar más información sobre su cobertura conforme a este Contrato. Si Usted lo solicita, nosotros le proporcionaremos la siguiente información:

- Una lista de los nombres, las direcciones comerciales y los cargos oficiales de Nuestro consejo de administración, los directivos y miembros, y Nuestro estado financiero certificado anual más reciente, el cual incluye un balance general y un

resumen de los ingresos y los gastos.

- La información que proporcionamos al Estado respecto a las quejas de nuestros clientes.
- Una copia de Nuestros procedimientos para mantener la confidencialidad de la información de los Suscriptores.
- Una copia de Nuestro Formulario de medicamentos. También puede preguntar si un medicamento específico está Cubierto bajo 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 de investigación, dispositivo médico o tratamiento en estudios clínicos.
- Afiliaciones de Proveedores con Hospitales participantes.
- Una copia de Nuestros criterios de revisión clínica (por ejemplo, criterios de necesidad médica) y, cuando corresponda, otros datos clínicos que podamos considerar en relación con una determinada enfermedad, tratamiento o directrices de Revisión de la Utilización, incluso criterios de revisión clínica en relación con una determinación de anulación del protocolo de la terapia escalonada.
- Procedimientos para la solicitud escrita y requisitos mínimos de calificación para Proveedores.
- Los documentos que contienen los procesos, las estrategias, los estándares relativos a las pruebas y otros factores que se utilizan para aplicar una limitación al tratamiento con respecto a los beneficios quirúrgicos/médicos y a los beneficios para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias en virtud de este Contrato.

**16. Aviso.**
Cualquier aviso que le demos a Usted bajo este Contrato será enviado a la dirección que aparece en Nuestros registros. Usted acepta proporcionarnos un aviso de cualquier cambio de Su dirección. Si Usted tiene que enviarnos un aviso, debe enviarlo a través del correo postal de EE. UU. de primera clase con franqueo prepagado al domicilio que figura en Su tarjeta de identificación.

**17. Recuperación de pagos en exceso.**
En ocasiones, es posible que se le haga un pago cuando Usted no esté Cubierto, por un servicio que no esté Cubierto o que sea superior de lo apropiado. Cuando esto suceda, le explicaremos el problema y Usted debe devolvernos el monto del pago en exceso en el plazo de 60 días después de recibir Nuestra notificación. Sin embargo, no iniciaremos esfuerzos de recuperación de pagos en exceso después de transcurridos más de 24 meses después de que se hizo el pago original, a menos que tengamos una creencia razonable de fraude u otra mala conducta intencional.

**18. 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 sea elegible bajo este Contrato, y salvo que de otro modo Nosotros lo finalicemos, según lo permitido por el Contrato.

**19. Derecho a elaborar directrices y normas administrativas.**
Podemos desarrollar o adoptar normas que describan con más detalle cuándo haremos o no

los pagos bajo este Contrato. Los ejemplos de la utilización de las normas determinarán si: La atención como paciente hospitalizado era Médicamente Necesaria, si la cirugía era Médicamente Necesaria para tratar Su enfermedad o lesión o si ciertos servicios son de atención especializada.
Estas normas no serán contrarias a las descripciones de este Contrato. Si Usted tiene alguna duda sobre las normas que se aplican a un beneficio en particular, puede ponerse en contacto con nosotros y le explicaremos las normas o le enviaremos una copia de las mismas. También podemos desarrollar normas administrativas relativas a la inscripción y otros asuntos administrativos. Tendremos todos los poderes necesarios o convenientes para que podamos llevar a cabo Nuestras funciones en relación con la administración de este Contrato.

**20. Derecho de compensación.**
Si le hacemos un pago de reclamación a Usted o en Su nombre por error o Usted nos debe dinero, debe pagar el monto que nos adeude. A excepción de lo requerido por la ley, si le debemos un pago por otras reclamaciones recibidas, tenemos el derecho de restar cualquier monto que Usted nos adeude de cualquier pago que Nosotros le debamos.

**21. Divisibilidad.**
La imposibilidad de aplicación o nulidad de cualquier disposición de este Contrato no afectará la validez ni la imposibilidad de aplicación del resto de este Contrato.

**22. Cambio significativo en las circunstancias.**
Si no somos capaces de coordinar los Servicios Cubiertos como se provee en el presente Contrato como resultado de acontecimientos fuera de Nuestro control, haremos un esfuerzo de buena fe para tomar medidas alternativas. Estos eventos incluirán una catástrofe grave, epidemias, la destrucción completa o parcial de los centros, motines, insurrección civil, la discapacidad de una parte significativa del personal de Proveedores Participantes o causas similares. Haremos esfuerzos razonables para coordinar los Servicios Cubiertos. Nosotros y Nuestros Proveedores Participantes no seremos responsables por demoras o falta de provisión o concertación de los Servicios Cubiertos si dicho incumplimiento o retraso se debe a un evento de dicha naturaleza.

**23. Subrogación y reembolso.**
Estos párrafos se aplican cuando un tercero (inclusive cualquier asegurador) es, o pueda ser considerado, responsable de Su lesión, enfermedad u otra afección, y Nosotros hayamos proporcionado beneficios relacionados con dicha lesión, enfermedad o afección. Según lo permitido por la ley estatal aplicable, a menos que esté precedida por la ley federal, podemos subrogarnos en todos los derechos de recuperación contra cualquiera de los terceros (inclusive Su propia compañía de seguros) de los beneficios que le hayamos proporcionado a Usted en virtud del presente Contrato. La subrogación quiere decir que tenemos el derecho, independientemente de Usted, a proceder directamente contra la otra parte para recuperar los beneficios que hemos proporcionado.

Con sujeción a la ley estatal aplicable, a menos que esté precedida por la ley federal, podemos tener el derecho a reembolso si Usted o alguien en Su nombre recibe el pago de cualquiera de las partes responsables (inclusive Su propia compañía de seguros) de cualquier ingreso derivado de un acuerdo, veredicto o seguro en relación con una lesión,

enfermedad o afección para la cual proporcionamos beneficios. En virtud de la Sección 5-335 de la Ley General de Obligaciones de Nueva York, Nuestro derecho a la recuperación no se aplica cuando se llega a un acuerdo entre el demandante y el demandado, a menos que exista un derecho legal de reembolso. La ley también establece que, al celebrar un acuerdo, se presume que Usted no tomó ninguna medida en contra de Nuestros derechos ni violó ningún Contrato entre Nosotros. La ley presume que el acuerdo entre Usted y la parte responsable no incluye indemnización alguna por el costo de los servicios de atención médica para los cuales le proporcionamos beneficios.

Le pedimos que nos notifique dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la que se le dé cualquier aviso a cualquier parte, incluso a una compañía de seguros o abogado, de Su intención de iniciar o investigar una reclamación para recuperar los daños o para obtener una indemnización por una lesión, enfermedad o afección que Usted padezca para las cuales Nosotros le hayamos provisto beneficios. Usted debe proporcionar toda la información que Nosotros o Nuestros representantes le solicitemos, inclusive, pero sin limitarse a, completar y enviar las solicitudes u otros formularios o declaraciones que podamos razonablemente solicitar.

**24. Terceros beneficiarios.**
Este Contrato no pretende crear terceros beneficiarios y nada de lo aquí dispuesto deberá conferir ningún derecho, beneficio o recurso de ninguna naturaleza a ninguna persona o entidad que no sea Usted o Nosotros en virtud de este Contrato. Ningún tercero podrá aplicar las disposiciones de este Contrato o interponer algún recurso debido al cumplimiento o incumplimiento, Suyo o Nuestro, de alguna parte de este Contrato o iniciar una acción legal por la violación de los términos de este Contrato.

**25. Momento de demandar.**
No se puede presentar una acción legal en Nuestra contra conforme a derecho o equidad antes de que expire el período de 60 días después de que se nos haya presentado una reclamación por escrito, tal como lo establece el presente Contrato. Debe iniciar cualquier demanda contra Nosotros bajo este Contrato dentro de los dos (2) años siguientes a la fecha en que la reclamación debía ser presentada.

**26. Servicios de traducción.**
Hay servicios de traducción disponibles bajo este Contrato para los Suscriptores que no hablan inglés. Llámenos al número que aparece en Su tarjeta de identificación para acceder a estos servicios.

**27. Jurisdicción para la Acción Legal.**
Si surge una controversia en virtud de este Contrato, debe ser resuelta en un tribunal ubicado en el estado de Nueva York. Usted se compromete a no iniciar una demanda en contra de Nosotros en un tribunal que esté ubicado en cualquier otro lugar. También da su consentimiento a 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 podrán ordenarle que defienda cualquier acción que iniciemos en Su contra.

**28. Renuncia.**
La renuncia de cualquiera de las partes por cualquier incumplimiento de cualquier

disposición de este Contrato no se interpretará como una renuncia de un incumplimiento posterior de la misma o de cualquier otra disposición. El incumplimiento en el ejercicio de cualquier derecho que se exprese aquí no operará como una renuncia a tal derecho.

**29. Quién puede cambiar este Contrato.**

No se podrá modificar, enmendar o cambiar este Contrato, salvo que el Presidente o una persona designada por el Presidente, lo aprueben por escrito y con su firma. Ningún empleado, agente u otra persona están autorizados a interpretar, corregir, modificar o cambiar este Contrato de manera que amplíe o limite el alcance de la cobertura o las condiciones de elegibilidad, inscripción o participación, a menos que el Presidente o la persona designada por él lo aprueben por escrito y con su firma.

**30. Quién recibe el pago bajo este Contrato.**

Los pagos en virtud de este Contrato por los servicios prestados por un Proveedor Participante los haremos directamente al Proveedor. Si Usted recibe servicios de un Proveedor No Participante, nos reservamos el derecho de pagarle a usted o al proveedor. Si Usted cede beneficios de una factura sorpresa a un Proveedor No Participante, nosotros le pagaremos directamente al Proveedor No Participante. Vea la sección "Cómo funciona Su cobertura" de este Contrato para obtener más información sobre las facturas sorpresas.

**31. La indemnización a los trabajadores no resulta afectada.**

La cobertura provista en el presente Contrato no reemplaza ni afecta los requisitos de la cobertura del seguro o la ley de indemnización por accidentes laborales.

**32. Su historial e informes médicos.**

Con el fin de proporcionarle cobertura conforme a este Contrato, puede ser necesario para Nosotros obtener Su historial médico e información de los Proveedores que le hayan tratado. Nuestras acciones para proporcionarle cobertura incluyen el procesamiento de Sus reclamaciones, la revisión de Quejas o Apelaciones o reclamos acerca de Su atención y las revisiones de aseguramiento de calidad de Su atención, ya sea basado en una Queja específica o una auditoría de rutina de los casos seleccionados al azar. Al aceptar la cobertura bajo este Contrato, excepto que esté prohibido por una ley estatal o federal, Usted nos da permiso automáticamente a Nosotros o a Nuestro Representante para obtener y utilizar su historial médico para esos fines, y Usted autoriza a cada proveedor que le preste servicios a Usted a:

- Divulgarnos los hechos relacionados con Su atención, tratamiento y estado físico, o a un profesional médico o de salud odontológica o mental a quien Nosotros le solicitemos que nos asista en la revisión de un tratamiento o reclamación o en relación con una revisión de la calidad de la atención o de una queja;
- Ofrecernos informes relacionados con Su atención, tratamiento y estado físico, o a un profesional médico o de salud odontológica o mental a quien Nosotros le solicitemos que nos asista en la revisión de un tratamiento o reclamación; y
- Permitirnos la copia de Su historial médico.

Estamos de acuerdo en mantener su información médica de acuerdo con los requisitos de

confidencialidad estatales y federales. Sin embargo, en la medida que lo permitan las leyes estatales o federales, Usted nos autoriza automáticamente a compartir Su información con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, y otras agencias federales, estatales o locales autorizadas con autoridad sobre el Essential Plan, las organizaciones de supervisión de calidad y terceros con los que tengamos contratos para ayudarnos en la administración de este Contrato, siempre y cuando ellos también se comprometan a mantener la información de conformidad con los requisitos de confidencialidad estatales y federales. Si usted desea revocar cualquier permiso que haya dado para divulgar esta información, puede comunicarse con nosotros llamando al número que figura en su tarjeta de identificación.

**33. Sus derechos y responsabilidades**

Como miembro, Usted tiene derechos y responsabilidades cuando recibe atención médica. Como Su socio en el cuidado de la salud, queremos asegurarnos de que Sus derechos sean respetados cuando proveemos Sus beneficios de salud. Usted tiene derecho a obtener información actualizada y completa respecto a un diagnóstico, tratamiento y prognosis de un Médico u otro Proveedor en términos que Usted puede razonablemente comprender. Cuando no sea recomendable darle esa información, esta se pondrá a la disposición de la persona adecuada que actúe en Su nombre.

Usted tiene el derecho de recibir la información necesaria de Su Médico u otro Proveedor para dar un consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento.

Tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida en que la ley se lo permita y de que se le informe sobre las consecuencias médicas de dicha acción.

Usted tiene el derecho a realizar directivas anticipadas sobre Su atención. Tiene derecho a

acceder a Nuestros Proveedores Participantes.

Como miembro, usted también debería tomar un rol activo en Su atención. Le incentivamos a lo siguiente:

- Comprenda sus problemas de salud lo mejor que pueda y trabaje con Sus proveedores para diseñar un plan de tratamiento en el que todos estén de acuerdo;
- Siga el plan de tratamiento que han acordado con Sus médicos o Proveedores;
- Entréguenos a Nosotros, a Sus médicos y demás Proveedores la información necesaria para facilitar que Usted reciba la atención que necesita y todos los beneficios para los cuales Usted es elegible en virtud de Su Contrato. Esto puede incluir información sobre otros beneficios de seguro médico que tenga además de Su cobertura con Nosotros; y
- Infórmenos si Usted cambia Su nombre, dirección o los Dependientes cubiertos en virtud de Su Contrato.

**SECCIÓN XXV DEL ESSENTIAL PLAN**

**TABLA DE BENEFICIOS de Metroplus Health Plan**

***Consulte la Descripción de beneficios en el Contrato para más detalles***

**Los servicios del Proveedor No Participante no están cubiertos para ningún servicio, excepto aquellos relacionados con la atención de emergencia, y usted paga el costo total por los servicios prestados por un proveedor no participante excepto en casos relacionados a la atención de emergencia.**

| **COSTOS COMPARTIDOS** | **ESSENTIAL PLAN 1** |
|---|---|
| **Deducible**<br>• Individual | $0 |
| **Límite de desembolso personal**<br>• Individual | $360 |
| Los deducibles, coaseguros y copagos que comprenden su Límite de Desembolso Personal se acumulan durante el Año del Plan. | |
| **VISITAS AL CONSULTORIO** | |
| Visitas al consultorio de atención primaria (o visitas a domicilio) | $15 en el consultorio por telesalud |
| Visitas al consultorio del especialista (o visitas a domicilio)<br><br>**Se requiere remisión** | $25<br><br>En el consultorio por telesalud |

| ATENCIÓN PREVENTIVA | |
|---|---|
| • Exámenes físicos anuales de adultos* | Cobertura completa |
| • Inmunizaciones de adultos* | Cobertura completa |
| • Servicios ginecológicos de rutina / exámenes de control de la mujer sana* | Cobertura completa |
| • Mamografías, examen de detección y diagnóstico por imágenes para la detección de cáncer de mama | Cobertura completa |
| • Procedimientos de esterilización para mujeres* | Cobertura completa |
| • Vasectomía | Consulte la sección de Servicios Quirúrgicos<br><br>Use los Costos Compartidos para el servicio apropiado (servicios quirúrgicos, servicios de anestesia, tarifa del Centro Quirúrgico Ambulatorio, cargo del centro de cirugía hospitalaria como paciente ambulatorio) |
| • Densitometría ósea* | Cobertura completa<br><br>Cobertura completa |

| | |
|---|---|
| • Examen de detección de cáncer de próstata<br>• Examen de detección de cáncer de colon | Cobertura completa |
| • Todos los demás servicios preventivos requeridos por el Grupo Especial de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés) y por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés)<br>• *Cuando los servicios preventivos no se provean de acuerdo con las directrices integrales autorizadas por el USPSTF y por la HRSA | Cobertura completa<br>Use los Costos Compartidos para el servicio apropiado (visitas al consultorio del Médico de Atención Primaria; visitas al consultorio de un Especialista; servicios de radiodiagnóstico; procedimientos de laboratorio y pruebas de diagnóstico) |
| **ATENCIÓN DE EMERGENCIA** | |
| Servicios médicos de emergencia prehospitalarios (servicios de ambulancia) | $75 |
| Servicios de ambulancia sin carácter de emergencia<br>**Se requiere remisión** | $75 |
| Departamento de Emergencias<br>Se exime del Copago si es ingresado en el Hospital | $75<br>Los exámenes forenses de la atención médica realizados conforme a la Ley de Salud Pública<br>§ 2805-i no están sujetos al Copago |

| | |
|---|---|
| Centro de Atención de Urgencias | $25<br>en el<br>consultorio<br>por telesalud |
| **SERVICIOS PROFESIONALES y ATENCIÓN AMBULATORIA** | |
| Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes<br><br>• En un centro de radiología independiente o en el consultorio<br><br>• En el consultorio de un Especialista | <br><br>$25<br><br>$25 |
| • Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios<br><br>**Se requiere remisión** | $25 |
| Pruebas y tratamientos para alergias<br><br>• En el consultorio del PCP<br><br>• En el consultorio de un Especialista<br><br>**Se requiere remisión** | $15<br><br>$25 |
| Tarifa del Centro Quirúrgico Ambulatorio<br><br>**Se requiere remisión** | $50 |
| Servicios de anestesia (en cualquier ámbito)<br><br>**Se requiere remisión** | Cobertura completa |

| | |
|---|---|
| Rehabilitación cardíaca y pulmonar<br><br>• En el consultorio de un Especialista<br><br>• Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios<br><br>• Como servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados<br><br>**Se requiere remisión** | $25<br><br>$25<br><br>Se incluyen como parte de los Costos Compartidos por servicios hospitalarios como paciente hospitalizado |
| Quimioterapia e inmunoterapia<br>• Administración<br>  • En el consultorio del PCP | $15 |
| • En el consultorio de un Especialista<br><br>• Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios<br><br>• En el hogar<br><br>• Medicamentos para quimioterapia e inmunoterapia<br><br>**Se requiere remisión** | $15<br><br>$15<br><br>$15<br><br>$15 |
| Servicios quiroprácticos | $25 |

| | |
|---|---|
| Estudios clínicos | Use los Costos Compartidos para el servicio apropiado |
| Pruebas de diagnóstico<br>• En el consultorio del PCP<br>• En el consultorio de un Especialista<br>• Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios<br>**Se requiere remisión** | $15<br>$25<br>$25 |
| Diálisis<br>• En el consultorio del PCP | $15 |
| • En un centro independiente o en el consultorio de un Especialista<br>• Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios<br>La diálisis realizada por Proveedores No Participantes se limita a 10 visitas por año calendario Consulte la descripción de beneficios para obtener más información.<br>**Se requiere remisión** | $15<br>$15 |

| | |
|---|---|
| Servicios de habilitación<br>(fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla)<br><br>**Se requiere remisión** | $15<br><br>60 visitas por afección por terapias combinadas por Año del Plan |
| Atención médica a domicilio<br><br>40 visitas por Año del Plan<br><br>**Se requiere remisión** | $15 |
| Servicios de infertilidad<br><br>**Se requiere remisión** | Use los Costos Compartidos para el servicio apropiado (visita al consultorio; servicios de radiodiagnóstico; cirugía; procedimientos de laboratorio y pruebas de diagnóstico) |
| Terapia de infusión<br>• Administración | $15 |

| | |
|---|---|
| • En el consultorio del PCP<br>• En el consultorio de un Especialista<br>• Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios<br>• Terapia de infusión en el hogar<br>• Medicamento de terapia de infusión<br>(La infusión en el hogar se tiene en cuenta para los límites de visitas de atención médica a domicilio)<br>**Se requiere remisión** | $15<br>$15<br>$15<br>$15 |
| Visitas médicas como paciente hospitalizado<br>**Se requiere remisión** | $0 por ingreso |
| Interrupción del embarazo<br>• Servicios de aborto | Cobertura completa |
| Procedimientos de laboratorio<br>• En el consultorio del PCP<br>• En el consultorio de un Especialista<br>• En un centro de laboratorio independiente o en el consultorio de un Especialista<br>• Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios | $15<br>$25<br>$25<br>$25 |

| | |
|---|---|
| **Se requiere remisión** | |
| Maternidad y cuidado neonatal<br><br>• Atención prenatal<br><br>• Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados<br><br>Una (1) visita de atención a domicilio está Cubierta sin Costos Compartidos cuando a la madre se le da el alta en forma temprana<br><br>• Servicios del médico y la matrona para el parto<br><br>• Apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia materna, inclusive bombas sacaleches<br><br>Cobertura durante el tiempo que dure la lactancia materna<br><br>• Atención posnatal | $0<br><br>$150 por ingreso<br><br>$50<br><br>$0<br><br>Se incluye en los servicios del médico y la matrona para los costos compartidos del parto |
| Cargo del centro de cirugía hospitalaria como paciente ambulatorio<br><br>**Se requiere remisión** | $50 |
| Pruebas previas al ingreso<br><br>**Se requiere remisión** | $0 |

| | |
|---|---|
| Medicamentos recetados administrados en el consultorio o en centros ambulatorios<br>• Administración<br>  • En el consultorio del PCP | <br><br>$15<br><br>$25 |
| • En el consultorio de un Especialista<br>• En centros ambulatorios<br>• Costos Compartidos de medicamentos recetados<br><br>**Se requiere remisión** | $25<br>$15 |
| Servicios de radiodiagnóstico<br>• En el consultorio del PCP<br>• En el consultorio de un Especialista<br>• En un centro de radiología independiente<br>• Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios<br><br>**Se requiere remisión** | <br>$15<br>$25<br>$25<br>$25 |
| Servicios de radiología terapéutica<br>• En el consultorio de un Especialista<br>• En un centro de radiología independiente<br>• Como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios<br><br>**Se requiere remisión** | <br>$15<br>$15<br>$15 |

| | |
|---|---|
| Servicios de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla)<br><br>• En el consultorio del PCP | $15 |
| • En el consultorio de un Especialista<br>• En un centro ambulatorio<br><br>**Se requiere remisión** | $15<br>$15<br>60 visitas de terapias combinadas por afección, por Año del Plan La terapia del habla y la fisioterapia solo están Cubiertas después de una cirugía o una estancia hospitalaria |
| Atención en Clínicas de Salud Minoristas<br><br>**Se requiere remisión** | $25 |
| Segundas opiniones en el diagnóstico de cáncer, cirugía y otros<br><br>**Se requiere remisión** | $25 |

| | |
|---|---|
| Servicios quirúrgicos<br>(inclusive cirugía bucal; cirugía reconstructiva de mama; otra cirugía reconstructiva y correctiva; y trasplantes)<br><br>**Todos los trasplantes se deben realizar en el centro designado con instalaciones de excelencia**<br><br>• Cirugía hospitalaria como paciente hospitalizado<br><br>• Cirugía hospitalaria como paciente ambulatorio<br><br>• Cirugía realizada en un Centro Quirúrgico Ambulatorio<br><br>• Cirugía en consultorio<br><br>**Se requiere remisión** | $50<br><br>$50<br><br>$50<br><br>$15 (cuando se realiza en el consultorio del PCP)<br><br>$25 (cuando se realizan en el consultorio del especialista) |
| Programa de telemedicina | Visita al PCP $15<br>Visita a un especialista $25 |
| **SERVICIOS, EQUIPOS y DISPOSITIVOS ADICIONALES** | |
| Equipos, suministros y educación sobre el autocontrol para diabéticos<br><br>• Equipos y suministros para diabéticos con minoristas e insulina (suministro para 30 días; hasta para 90 días)<br><br>• Educación para diabéticos<br><br>**Se requiere remisión** | $15<br><br>$15 |
| Equipo Médico Duradero y aparatos ortopédicos | 5% de costos compartidos |

| | |
|---|---|
| Audífonos externos<br>• Audífonos recetados<br><br>**(Compra única cada tres [3] años)**<br><br>• Audífonos de venta libre | 5% de costos compartidos<br><br><br><br>5% de costos compartidos |
| Implantes cocleares<br><br>**(uno (1) por oído por el período de cobertura)** | 5% de costos compartidos |
| Atención de Cuidados Paliativos<br><br>• Como paciente hospitalizado<br><br>• Como paciente ambulatorio<br><br>210 días por Año del Plan<br><br>Cinco (5) visitas de orientación sobre el proceso de duelo de un familiar<br><br>**Se requiere remisión** | <br><br>$150<br><br>$15 |
| Suministros médicos<br><br>**Se requiere remisión** | Coaseguro del 5% |

| | |
|---|---|
| Dispositivos protésicos<br><br>• Externos<br><br>Un (1) dispositivo de prótesis por miembro de por vida con cobertura para reparaciones y reemplazos<br><br>• Internos | Coaseguro del 5%<br><br>Se incluyen como parte de los Costos Compartidos por servicios hospitalarios como paciente hospitalizado |
| **CENTROS Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS** | |
| Ingreso en el hospital como paciente hospitalizado para reclusión continua (inclusive la estancia como paciente hospitalizado para atención de mastectomía, rehabilitación cardiaca y pulmonar, y atención de enfermos terminales) | $150 |
| Servicios de Donación de Sangre Autóloga | Coaseguro del 5% |
| Estancia para observación<br><br>Se exime del copago si lo trasladan directamente de un entorno de cirugía como paciente ambulatorio a observación | $75 |

| | |
|---|---|
| Centro de Enfermería Especializada (incluye rehabilitación cardíaca y pulmonar)<br><br>200 días por Año del Plan<br><br>Se exime del copago para cada ingreso si lo trasladan directamente de un entorno hospitalario como paciente hospitalizado a un centro de enfermería especializada | $150 |
| Servicios de habilitación como paciente hospitalizado (Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional) | $150<br><br>60 días por terapias combinadas por Año del Plan |
| Servicios de rehabilitación como paciente hospitalizado (Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional) | $150 |
| 60 terapias combinadas por año del plan | |
| **SERVICIOS DE SALUD MENTAL y POR TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS** | |
| Atención de salud mental para pacientes hospitalizados para una reclusión continua en un Hospital (inclusive un tratamiento residencial) | $150 |

| | |
|---|---|
| Atención de salud mental como paciente ambulatorio (inclusive hospitalización parcial y servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios)<br><br>• Visitas al consultorio<br><br>• Servicios ambulatorios proporcionados en un centro autorizado, certificado o autorizado de otro modo por OMH<br><br>• Todos los demás Servicios ambulatorios | $15<br>en el consultorio<br>por telesalud<br><br>$15<br>en el consultorio<br>por telesalud<br><br>$15<br>en el consultorio<br>por telesalud |
| Servicios por el consumo de sustancias como paciente hospitalizado para una reclusión continua en un hospital (incluso un tratamiento residencial) | $150 |
| Servicios por el consumo de sustancias como paciente ambulatorio<br>(inclusive hospitalización parcial, servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios y tratamiento asistido con | |
| medicamentos)<br><br>• Visitas al consultorio<br><br>• Programas de tratamiento para opioides<br><br>Sin embargo, no se requiere de Autorización Previa para Centros certificados por OASAS participantes. | $0<br><br>En el consultorio<br>por telesalud<br><br>Cobertura completa |

| | |
|---|---|
| Dispositivos de comunicación asistida para el trastorno del espectro autista<br><br>**Se requiere remisión** | $15 |
| **MEDICAMENTOS RECETADOS**<br><br>*Ciertos medicamentos recetados no están sujetos a Costos Compartidos cuando estén proporcionados de acuerdo con las directrices generales respaldadas por HRSA o si los artículos o servicios tienen una calificación "A" o "B" de la USPSTF y cuando se los obtiene de una farmacia participante. | |
| **Farmacia minorista** | |
| Suministro para 30 días de<br><br>Nivel 1<br><br>Nivel 2<br><br>Nivel 3<br><br>No se requiere la Autorización Previa para un Medicamento Recetado Cubierto utilizado para el tratamiento de un trastorno por consumo de sustancias, incluso un Medicamento Recetado para manejar la estabilización o la abstinencia de opioides y para la reversión de sobredosis de opioides. | <br><br>$6<br><br>$15<br><br>$30 |

| | |
|---|---|
| Suministro hasta para 90 días para medicamentos de mantenimiento | |
| Nivel 1 | $18 |
| Nivel 2 | $45 |
| Nivel 3 | $90 |
| **Farmacia de pedido por correo** | |
| Un suministro hasta para 30 días de | |
| Nivel 1 | $6 |
| Nivel 2 | $15 |
| Nivel 3 | $30 |
| Un suministro hasta para 90 días de | |
| Nivel 1 | $15 |
| Nivel 2 | $37.50 |
| Nivel 3 | $75 |
| Fórmulas de nutrición enteral | |
| Nivel 1 | $6 |
| Nivel 2 | $15 |

| | |
|---|---|
| Nivel 3 | $30 |
| **BENEFICIOS DE BIENESTAR GENERAL** | |
| Reembolso de gimnasio | Hasta $200 por período de seis (6) meses |
| **ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA y ODONTOLÓGICA** | |
| **Atención odontológica**<br><br>• Atención odontológica preventiva<br><br>• Atención odontológica de rutina<br><br>• Servicios odontológicos principales (cirugía bucal, endodoncia, periodoncia y prostodoncia)<br><br>Un (1) examen dental y una limpieza por cada período de seis (6) meses.<br><br>Radiografías de boca completa o radiografías panorámicas a intervalos de 36 meses y radiografías de aleta de mordida a intervalos de seis (6) a 12 meses<br><br>**La ortodoncia y los trabajos dentales mayores requieren** | $0<br><br>$0<br><br>$0 |

| | |
|---|---|
| **Atención oftalmológica**<br><br>• Exámenes<br><br>• Lentes y marcos<br><br>• Lentes de contacto<br><br>Un (1) examen por cada Año del Plan, a menos que sea | <br><br>$0<br><br>$0<br><br>$0 |
| médicamente necesario<br><br>Un (1) par de lentes recetados y marcos por Año del Plan, a menos que sea médicamente necesario | |

Todas las solicitudes de Autorización Previa de la red son responsabilidad del Proveedor Participante. Usted no será multado por el incumplimiento del Proveedor Participante en obtener una Autorización Previa requerida. Sin embargo, si los servicios no están Cubiertos en virtud del Contrato, Usted será responsable de la totalidad del costo de los servicios.

✓MetroPlus**Health**

**AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

**MetroPlus Health Plan** cumple con las leyes federales de derechos civiles. **MetroPlus Health Plan** no excluye a personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

## **MetroPlus Health Plan** brinda lo siguiente:

- Servicios y ayudas gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **MetroPlus Health Plan** al 1-800-303-9626. Para los servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si considera que **MetroPlus Health Plan** no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a **MetroPlus Health Plan** de las siguientes maneras:

Por correo: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
Por teléfono: 1-800-303-9626 (para servicios de TTY/TDD, llame al 711) Por fax: 1-212-908-8705
En persona: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
Correo electrónico: Grievancecoordinator@metroplus.org

Usted también puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de las siguientes maneras:

Internet: Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Hay formularios de queja disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

**Language Assistance**

| | |
|---|---|
| ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-303-9626 (TTY: 711) . | English |
| ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711). | Spanish |
| 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-303-9626 (TTY: 711). | Chinese |
| ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-303-9626(رقم هاتف الصم والبكم TTY:711) | Arabic |
| 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-800-303-9626 (TTY: 711) 번으로 전화해주십시오. | Korean |
| ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-303-9626 (телетайп: TTY: 711). | Russian |
| ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-303-9626 (TTY: 711). | Italian |
| ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-303-9626 (TTY: 711). | French |
| ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-303-9626 (TTY: 711). | French Creole |
| אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-303-9626 (TTY: 711). | Yiddish |
| UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-303-9626 (TTY: 711) | Polish |
| PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-303-9626 (TTY: 711). | Tagalog |
| লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা কথা বলেন, তাহলে দুভাষী সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-1-800-303-9626 (TTY: 711) | Benga |
| KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-303-9626 (TTY: 711). | Albanian |
| ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-303-9626 (TTY: 711). | Greek |
| خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-303-9626 (TTY: 711) | Urdu |

MetroPlusHealth

50 Water St., 7th Floor • New York, NY 10004

**MetroPlusHealth Customer Services:**

**800.303.9626 | TTY: 711**

**metroplus.org**

**Hours Of Operation:**
**Monday to Friday, 8am - 8pm**
**Saturday, 9am - 5pm |**
**After Hours: 800.442.2560**