Essential Plan IV

Contrato del suscriptor

Emitido por

Molina Healthcare of New York, Inc.

2026

Este es su contrato individual para la cobertura del Plan Essential emitido por Molina Healthcare of New York, Inc. Este contrato, junto con el programa de beneficios adjunto, las solicitudes y cualquier enmienda o cláusula que modifique los términos de este contrato, constituye el acuerdo completo entre usted y nosotros.

Usted tiene derecho a devolver este Contrato. Examínelo detenidamente. Si no está satisfecho, puede devolvernos este Contrato y pedirnos que lo cancelemos. Su solicitud debe realizarse por escrito dentro de los diez (10) días a partir de la fecha en que usted recibe este Contrato.

Renovación. La fecha de renovación de este Contrato es de doce meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura. Este Contrato se renovará automáticamente cada año en la fecha de renovación, a menos que Nosotros lo rescindamos según lo permitido por este Contrato o por Usted mediante notificación por escrito con 30 días de antelación.

Beneficios dentro de la red. Este Contrato solo cubre beneficios dentro de la red. Para recibir beneficios dentro de la red, debe recibir atención exclusivamente de proveedores participantes en nuestra red y farmacias participantes en nuestra red que estén ubicadas dentro de nuestra área de servicio. La atención cubierta en virtud de este contrato (incluida la hospitalización) debe ser proporcionada, coordinada o autorizada por adelantado por su médico de atención primaria y, cuando sea necesario, aprobada por nosotros. Para recibir los beneficios conforme a este Contrato, debe comunicarse con su Médico de atención primaria antes de obtener los servicios, excepto los servicios para tratar una Condición de emergencia o urgencia descrita en la sección Servicios de emergencia y atención de urgencia de este Contrato. Excepto en el caso de atención de emergencia o urgencia descrito en la sección Servicios de emergencia y atención de urgencia del presente contrato, usted será responsable de pagar el costo de toda la atención prestada por proveedores no participantes.

LEA ATENTAMENTE ESTE CONTRATO EN SU TOTALIDAD. ES SU RESPONSABILIDAD ENTENDER LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE CONTRATO.

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

MOLINA® HEALTHCARE

Contenidos

Sección I	Definiciones	1
Sección II	Cómo funciona su cobertura	6
	Proveedores participantes	6
	La función de los médicos de atención primaria	7
	Servicios sujetos a preautorización	8
	Necesidad médica	8
	Números telefónicos y direcciones importantes	11
Sección III	Acceso a la atención médica y a la atención de transición	12
Sección IV	Costos compartidos y cantidad autorizada	14
Sección V	Quién tiene cobertura	15
Sección VI	Atención médica preventiva	16
Sección VII	Servicios médicos de emergencia prehospitalarios y de ambulancias	19
Sección VIII	Servicios de emergencia y cuidado urgente	21
Sección IX	Servicios ambulatorios y profesionales	23
Sección X	Beneficios, equipos y dispositivos adicionales	31
Sección XI	Servicios para pacientes hospitalizados	35
Sección XII	Servicios de atención de salud mental y para el trastorno por consumo de sustancias	38
Sección XIII	Cobertura de medicamentos recetados	43
Sección XIV	Beneficios de bienestar	54
Sección XV	Atención para la visión	55
Sección XVI	Beneficios adicionales para determinadas personas inscritas en Essential Plan	56
Sección XVII	Exclusiones y limitaciones	60
Sección XVIII	Determinaciones de reclamos	63
Sección XIX	Procedimientos de reclamaciones	65
Sección XX	Revisión de la utilización	67
Sección XXI	Apelación externa	74
Sección XXII	Terminación de la cobertura	78
Sección XXIII	Derechos de suspensión temporal para miembros de las fuerzas armadas	79
Sección XXIV	Disposiciones generales	80
Sección XXV	Essential Plan IV Programa de beneficios de Molina Healthcare	86

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

Molina Healthcare of New York, Inc (Molina) complies with Federal civil rights laws. **Molina** does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (as defined in 45 CFR § 92.101(a)(2)).

Molina provides the following:

- Free aids and services to people with disabilities to help you communicate with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose first language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call **Molina** at (800) 223-7242. For TTY/TDD services, call 711.

If you believe that **Molina** has not given you these services or treated you differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator by:

- Mail: 200 Oceangate Suite 100, Long Beach, CA 90802
- Phone: (866) 606-3889 (for TTY/TDD services, call 711)
- Fax: (718) 536-3358
- In person: 2900 Exterior Street Suite 202, Bronx, NY 10463
- Email: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

- Web: Office for Civil Rights Complaint Portal at *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*
- Mail: U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
  Washington, DC 20201
  Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
- Phone: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

This notice is available at Molina's website: MolinaHealthcare.com

D10626

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call (800) 223-7242 (TTY:711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al (800) 223-7242 (TTY:711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 (800) 223-7242 (TTY:711)。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم (800) 223-7242 (TTY:711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 223-7242 (TTY:711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру (800) 223-7242 (TTY:711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il (800) 223-7242 (TTY:711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le (800) 223-7242 (TTY:711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele (800) 223-7242 (TTY:711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט (800) 223-7242 (TTY:711).	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: (800) 223-7242 (TTY:711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa (800) 223-7242 (TTY:711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। (800) 223-7242 (TTY:711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi (800) 223-7242 (TTY:711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο (800) 223-7242 (TTY:711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کری (800) 223-7242 (TTY:711)۔	Urdu

Sección I

Definiciones

Los términos definidos aparecerán en mayúsculas en todo el Contrato.

Agudo: Es el inicio de una enfermedad o lesión, o un cambio en la condición del suscriptor que requeriría atención médica inmediata.

Cantidad Autorizada: Monto máximo en el que se basa nuestro pago para los servicios cubiertos. Consulte la sección Costos compartidos y Cantidad Autorizada de este Contrato para obtener una descripción de cómo se calcula la cantidad autorizada.

Centro Quirúrgico Ambulatorio: Es un centro actualmente autorizado por la entidad reguladora estatal apropiada para la prestación de servicios quirúrgicos y médicos relacionados de forma ambulatoria.

Apelación: Es una solicitud para evaluar de nuevo una decisión de revisión de la utilización o una queja.

Facturación de saldo: Es cuando un proveedor no participante le factura la diferencia entre el cargo del proveedor no participante y la cantidad autorizada. Un proveedor participante no puede facturarle el saldo por los servicios cubiertos.

Contrato: Este Contrato es creado por Molina Healthcare of New York, Inc. (Molina), e incluye el Programa de beneficios y toda cláusula adicional.

Coseguro: Es su parte de los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la cantidad autorizada por el servicio que usted debe pagar a un proveedor. El monto puede variar según el tipo de servicio cubierto.

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

Costo compartido: Son los montos que debe pagar por los servicios cubiertos, expresados como copagos y/o coseguros.

Cobertura, Cubierto o Servicios Cubiertos: Son los servicios médicamente necesarios que nosotros pagamos, coordinamos o autorizamos para usted en virtud de los términos y condiciones de este Contrato.

Doula: Una persona capacitada que brinda apoyo físico, emocional e informativo continuo a las mujeres embarazadas y a sus familias antes, mientras y durante un tiempo razonable después del parto. Una Doula puede prestar sus servicios en hospitales, centros de maternidad, partos a domicilio o en otros entornos comunitarios.

Equipo Médico Duradero (DME): Es equipo que:

- Está diseñado y previsto para uso reiterado;
- Se utiliza sobre todo y habitualmente para un propósito médico;
- Por lo general, no es útil para una persona que no tiene una enfermedad o lesión; y
- Es apropiado para su uso en el hogar.

Condición de emergencia: Es una afección médica o conductual que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente, incluido el dolor intenso, de manera que una persona común prudente con conocimiento promedio de medicina y salud podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata dé lugar a lo siguiente:

- Se pone en grave peligro la salud de la persona afectada por dicha enfermedad o, en caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo nonato, o en el caso de una afección conductual, la salud de esa persona u otras personas;
- Deterioro grave de las funciones corporales de esa persona;
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de esa persona; o
- Desfiguración grave de esa persona.

Atención en el Departamento de Emergencias: Servicios de emergencia que recibe en el Departamento de Emergencias de un hospital.

Servicios de Emergencia: Examen de detección médica que está dentro de la capacidad del Departamento de Emergencias de un hospital, incluidos los servicios auxiliares disponibles de forma habitual para que el Departamento de Emergencias evalúe dicha situación de emergencia; y dentro de las capacidades del personal y los centros disponibles en el hospital, como examen médico y tratamiento adicionales necesarios para estabilizar al paciente. "Estabilizar" es proporcionar el tratamiento médico de una situación de emergencia que sea necesario para garantizar, dentro de las posibilidades médicas razonables, que no es factible que se produzca o que ocurra un deterioro material de la condición durante el traslado del paciente de un centro o durante un parto (incluida la placenta).

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

Agente de Apelación Externa: Entidad que certificó el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York para realizar apelaciones externas de conformidad con la ley de Nueva York.

Centro: Un hospital; centro de cirugía ambulatoria; centro de maternidad; centro de diálisis; centro de rehabilitación; centro de enfermería especializada; hospicio; agencia de atención médica domiciliaria o agencia de servicios de atención domiciliaria certificada o autorizada según el Artículo 36 de la Ley de Salud Pública de Nueva York; un centro oncológico designado por un instituto nacional contra el cáncer y autorizado por el departamento de salud dentro de nuestra área de servicio; un centro de atención integral para trastornos alimentarios de conformidad con el artículo 30 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York; y un centro definido en la Sección 1.03 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York, certificado por la Oficina de Servicios y Apoyo a las Adicciones del Estado de Nueva York, o certificado según el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de Nueva York (o, en otros estados, un centro certificado o con licencia similar). Si usted recibe tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias fuera del estado de Nueva York, un centro también incluye uno que esté acreditado por la Comisión conjunta para ofrecer un programa de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias.

Nivel federal de pobreza (FPL): Medida del nivel de ingresos publicada anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Los índices federales de pobreza se utilizan para determinar su elegibilidad para ciertos programas y beneficios, que incluyen el Plan Esencial y se actualizan todos los años.

Quejas: Es una queja o inconformidad que usted nos comunica que no implica una determinación de revisión de utilización.

Servicios de Recuperación de Habilidades: Son servicios de atención médica que ayudan a que pueda mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana. Los servicios de recuperación de las habilidades comprenden el manejo de limitaciones y discapacidades, que incluye servicios o programas que ayudan a mantener o prevenir el deterioro de la función física, cognitiva o conductual. Estos servicios comprenden fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

Profesional de la atención médica: Es un médico, dentista, optometrista, quiropráctico, psicólogo, trabajador social, podólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, partera, patólogo del habla y lenguaje, audiólogo, farmacéutico o analista de comportamiento debidamente autorizado, registrado o certificado; o cualquier otro profesional de atención médica autorizado, registrado o certificado en virtud del Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York (u otra ley estatal comparable, si corresponde) que la Ley de Seguros de Nueva York exige que sea reconocido, y quien cobra y factura a los pacientes por los servicios cubiertos. Los servicios del profesional de atención médica deben prestarse dentro del alcance legal de la práctica para ese tipo de proveedor para que este Contrato los cubra.

Agencia de atención médica a domicilio: Es una organización certificada o autorizada en la actualidad por el estado de Nueva York o el estado en el cual opera y presta servicios de atención médica domiciliaria.

Cuidados paliativos: Son cuidados para proporcionar comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias, que son prestados por una organización de cuidado paliativos certificada conforme al Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de Nueva York o en virtud de un proceso de certificación similar que exige el estado en que la organización de cuidados paliativos está ubicada.

Hospital: Es un hospital general de cuidados intensivos a corto plazo que tiene las siguientes características:

- Se dedica principalmente a proporcionarles a los pacientes, por parte de médicos o bajo su supervisión continua, servicios de diagnóstico y terapéuticos para el diagnóstico, el tratamiento y la atención de personas lesionadas o enfermas;
- Tiene departamentos organizados de medicina y cirugía mayor;
- Tiene el requisito de que cada paciente debe estar bajo el cuidado de un médico o dentista;
- Proporciona servicio de enfermería las 24 horas por parte de personal profesional de enfermería registrado (RN) o bajo su supervisión;
- Si se encuentra en el estado de Nueva York, tiene vigente un plan de revisión de la hospitalización aplicable a todos los pacientes, que cumple, al menos, los estándares establecidos en la Sección 1395x(k) del 42 U.S.C.;
- Está debidamente autorizado por la agencia responsable de la concesión de licencias a estos hospitales; y
- Excepto en algún caso excepcional, no es un lugar de descanso, un lugar principalmente para el tratamiento contra la tuberculosis, un lugar para ancianos, un lugar para drogadictos o alcohólicos, o un lugar para cuidados de convalecencia, la custodia, la educación o la rehabilitación.

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

Hospitalización: Es la atención en un hospital que requiere la admisión como paciente internado y, en general, requiere de una estadía durante la noche.

Cuidado ambulatorio en el hospital: Es la atención en un hospital que, por lo general, no requiere hospitalizaciones por una noche.

Inmigrante legalmente presente: El término "legalmente presente" incluye a los inmigrantes con las siguientes características:

- Estado migratorio de "no ciudadano calificado" sin período de espera
- Situación o circunstancias humanitarias (incluidos el estado de protección temporal, el estado de menor de edad especial, los solicitantes de asilo, la Convención contra la Tortura, las víctimas de trata)
- Visas válidas no migratorias
- Condición jurídica conferida por otras leyes (condición de residente temporal, ley LIFE, personas de unidad familiar). Para ver la lista completa de las condiciones de inmigración elegibles, visite el sitio web en healthcare.gov/immigrants/immigration-status/ o llame al Departamento de Salud del Estado de New York al (855) 355-5777.

Médicamente necesario: Consulte la sección Cómo funciona su cobertura de este Contrato para obtener una definición.

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

Red: Son los proveedores que hemos contratado para prestarle servicios de atención médica.

Estado de Salud de Nueva York ("NYSOH"): El Estado de Salud de NY, el Mercado Oficial de Planes de Salud. El NYSOH es un mercado de seguros médicos en el cual las personas, las familias y las empresas pequeñas pueden obtener información acerca de sus opciones de seguro médico; comparar planes en función de los costos, beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir

ayuda financiera con primas y costos compartidos en función de los ingresos; elegir un plan; e inscribirse en la cobertura. NYSOH también ayuda a los consumidores elegibles a inscribirse en otros programas, incluidos Medicaid, Child Health Plus y el Plan Esencial.

Proveedor No Participante: Es un proveedor que no tiene un contrato con nosotros para prestarle servicios a usted. Los servicios de los Proveedores no participantes están cubiertos solo para Servicios de emergencia, Cuidado urgente o cuando lo autoricemos.

Límite de gastos de bolsillo: Es la mayor parte que usted paga durante un año del plan en costos compartidos antes de comenzar a pagar el 100% de la cantidad autorizada por los servicios cubiertos. Este límite nunca incluye los cargos de la facturación del saldo o el costo de los servicios de atención médica que no cubrimos.

Proveedor Participante: Es un proveedor que tiene un contrato con nosotros para prestarle servicios a usted. Puede encontrar una lista de los Proveedores participantes y sus ubicaciones en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com o si nos la solicita. La lista será revisada periódicamente por nosotros.

Médico o servicios médicos: Servicios de atención médica que un médico licenciado (M.D. - Medical Doctor o D.O. – Doctor of Osteopathic Medicine) proporciona o coordenadas.

Año del plan: Es el período de 12 meses que comienza en la fecha de vigencia del Contrato o cualquier fecha de aniversario posterior, durante la cual el Contrato está vigente.

Preautorización: Es una decisión nuestra antes de que usted reciba un servicio cubierto, procedimiento, plan de tratamiento, dispositivo o medicamento recetado que establece que el servicio cubierto, procedimiento, plan de tratamiento, dispositivo o medicamento recetado es médicamente necesario. Nosotros indicamos qué servicios cubiertos requieren preautorización en la sección Programa de beneficios de este Contrato.

Medicamentos recetados: Es un medicamento, producto o dispositivo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y que, en virtud de la ley federal o estatal, puede dispensarse solo de conformidad con una receta médica o pedido de resurtido, y está en nuestro formulario. Un medicamento recetado incluye un medicamento que, debido a sus características, es apropiado para la autoadministración o administración por parte de un cuidador no calificado.

Proveedor de atención primaria (PCP): Es una enfermera especializada participante o un médico que, por lo general, es un médico de medicina interna o de familia y que presta o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para usted.

Proveedor: Es un médico, profesional de atención médica o centro autorizado, registrado, certificado o acreditado según lo requiera la ley estatal. Un proveedor también incluye un proveedor o dispensador de equipos y suministros para diabéticos, equipo médico duradero, suministros médicos o cualquier otro equipo o suministros que estén cubiertos por este Contrato y que estén autorizados, registrados, certificados o acreditados según lo requiera la ley estatal.

Remisión: Es una autorización que un proveedor participante le otorga a otro proveedor participante (por lo general, de un PCP a un especialista participante) con el fin de organizar la atención adicional para el asegurado.

Servicios de Rehabilitación: Son servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las destrezas y el funcionamiento para la vida diaria que se perdieron o deterioraron debido a que la persona estaba enferma, herida o discapacitada. Estos servicios comprenden fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla en un entorno para pacientes internados y/o ambulatorios.

Plan de Beneficios: Es la sección de este Contrato que describe los copagos, coseguros, límites de gastos de bolsillo, requisitos de preautorización y otros límites de los servicios cubiertos.

Área de Servicio: Es el área geográfica, designada por nosotros y aprobada por el estado de Nueva York, en la cual proporcionamos cobertura. Nuestra área de servicio comprende: condados de Allegany, Bronx, Broome, Cattaraugus, Chautauqua, Cortland, Chenango, Erie, Genesee, Kings, Livingston, Monroe, Nassau, New York, Onondaga, Ontario, Orange, Orleans, Queens, Richmond, Rockland, Seneca, Suffolk, Tioga, Tompkins, Wayne, Westchester y Wyoming.

Centros de Cuidado Experto: Es una institución o una parte distinta de una institución que tiene las siguientes características: en la actualidad está autorizada o aprobada por la ley estatal o local; se dedica principalmente a proporcionar atención de enfermería especializada y servicios relacionados como un centro de enfermería especializada, un centro de atención prolongada o un centro de atención de enfermería aprobado por la Comisión conjunta o la Oficina de Hospitales de la Asociación Americana de Osteopatía, o como un centro de enfermería especializada en virtud de Medicare. o según lo determinemos para cumplir con los estándares de cualquiera de estas autoridades.

Especialista: Es un médico que se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, gestionar, prevenir o tratar determinados tipos de síntomas y afecciones.

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

UCR (Usual, Acostumbrado y Razonable): Es el monto pagado por un servicio médico en un área geográfica según lo que los proveedores en el área suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar.

Cuidado Urgente: Atención médica por una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención médica inmediata, pero no tan grave como para requerir atención del Departamento de Emergencias. El cuidado urgente se puede proporcionar en el consultorio de un médico participante o en un centro de cuidado urgente.

Centro de Cuidado Urgente: Es un centro autorizado (que no sea un hospital) que proporciona cuidado urgente.

Nosotros, nos, nuestro/a: Molina Healthcare of New York, Inc. y cualquier persona a la que deleguemos legalmente el desempeño, en nuestro nombre, en virtud de este Contrato.

Revisión de la Utilización: Es la revisión para determinar si los servicios son o fueron médicamente necesarios o experimentales o de investigación (es decir, tratamiento para una enfermedad poco común o un ensayo clínico).

Usted, su: El suscriptor.

Sección II

Cómo funciona su cobertura

A. Su cobertura bajo este Contrato.

Usted se inscribió en un Plan Essential. Le proporcionaremos los beneficios descritos en este Contrato. Guarde este Contrato junto con otros documentos importantes, de manera que esté disponible para su referencia.

B. Servicios cubiertos.

Recibirá los servicios cubiertos en virtud de los términos y condiciones de este Contrato solo cuando el servicio cubierto cumpla con las siguientes condiciones:

- Sea médicamente necesario;
- Sea proporcionado por un Proveedor participante, con la excepción de los servicios móviles de crisis que se enumeran en la Sección XVII Servicios de atención de la salud mental y relacionados con el consumo de sustancias;
- Esté enumerado como servicio cubierto;
- No supere las limitaciones de beneficios descritas en la sección Programa de beneficios de este Contrato; y
- Se reciba mientras su Contrato esté en vigor.

Cuando usted se encuentra fuera de nuestra Área de servicio, la cobertura se limita a los Servicios de emergencia, los Servicios médicos de emergencia prehospitalarios y los servicios de ambulancia para tratar su Condición de emergencia y Cuidado urgente.

C. Proveedores participantes.

Para averiguar si un proveedor es un proveedor participante, haga lo siguiente:

- Consulte nuestro Directorio de proveedores, disponible a su solicitud;
- Llame al (800) 223-7242 (TTY: 711); o
- Visite nuestra página web MolinaHealthcare.com.

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

- Nombre, dirección y número telefónico;
- Especialidad;
- Certificación del Consejo Médico (si corresponde);
- Idiomas;
- Si el proveedor participante acepta nuevos pacientes.

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

- El proveedor figura como proveedor participante en nuestro directorio de proveedores en línea;
- Nuestro directorio de proveedores impreso que enumera al proveedor como proveedor participante es incorrecto a la fecha de publicación;
- Le notificamos por escrito que el proveedor es un proveedor participante en respuesta a su solicitud telefónica de información sobre el estado de la red del proveedor; o
- No le proporcionamos una notificación por escrito en el plazo de un (1) día laborable desde su solicitud telefónica de información sobre el estado de la red.

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

D. La función de los médicos de atención primaria.

Este Contrato tiene un médico de cabecera que, por lo general, se conoce como Médico de atención primaria ("PCP"). Este contrato requiere que usted seleccione un médico de atención primaria (PCP). Aunque se le alienta a recibir atención de su PCP, no necesita una remisión por escrito de un PCP antes de recibir atención de un especialista de un proveedor participante.

Usted puede seleccionar a cualquier PCP participante que esté disponible en la lista de PCP en la Red Molina del Plan Esencial. En ciertas circunstancias, usted puede designar a un especialista como su PCP. Consulte la sección Acceso a la atención médica y Atención de transición de este Contrato para obtener más información sobre la designación de un especialista.

A efectos de los costos compartidos, si busca servicios de un PCP (o un médico que cubra a un PCP) que tenga una especialidad primaria o secundaria distinta a la medicina general, la medicina familiar, la medicina interna, la pediatría y la obstetricia/ginecología, debe pagar los costos compartidos de la visita al consultorio del especialista que se indica en la sección Programa de beneficios de este Contrato cuando los servicios prestados se relacionen con el cuidado especializado.

E. Servicios que no requieren una remisión de su PCP.

Su PCP es responsable de determinar el tratamiento más apropiado para sus necesidades de atención médica. No necesita una remisión de su PCP para consultar a un Proveedor participante para los siguientes servicios:

- Servicios obstétricos y ginecológicos primarios y preventivos, que incluyen exámenes anuales, atención que surja a partir de dichos exámenes anuales, tratamiento de afecciones ginecológicas agudas, o por cualquier atención relacionada con un embarazo de un proveedor participante calificado para prestar estos servicios;
- Servicios de Emergencia;
- Servicios médicos de emergencia prehospitalarios y transporte en ambulancia de emergencia;
- Servicios móviles de crisis
- Pruebas de detección de depresión materna; y
- Todos los demás servicios de los proveedores participantes.

Sin embargo, el proveedor participante debe tratar los servicios y el plan de tratamiento con su PCP; aceptar seguir nuestras políticas o normativas y procedimientos, que incluyen cualquier procedimiento relacionado con las remisiones o preautorizaciones para servicios que no sean obstétricos y ginecológicos prestados por dicho proveedor participante; y aceptan prestar servicios según un plan de tratamiento (si lo hubiere) aprobado por nosotros. Consulte la sección Programa 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 acerca del PCP seleccionado, debe llamar al PCP para asegurarse de que acepta pacientes nuevos.

Para consultar a un proveedor, llame a su consultorio e infórmele que usted es miembro de Molina y explíquele el motivo de su visita. Tenga a mano su documento de identidad. Es posible que en la consulta del proveedor le pidan su número de miembro. Cuando acuda a la consulta del Proveedor, lleve consigo su tarjeta de identificación.

Puede cambiar su PCP llamando al (800) 223-7242 (TTY: 711) o a través del portal para miembros en MiMolina.com.

Usted puede hablar con su PCP para cambiar de especialista dentro de los 30 días de su última cita con su especialista. Su PCP puede ayudarle si necesita ver a un especialista diferente. También puede llamar al (800) 223-7242 (TTY: 711) o visite el portal para los miembros en MolinaHealthcare.com.

Si no tenemos un proveedor participante para ciertos tipos de proveedores en el condado en el que

vive o en un condado fronterizo que esté dentro de los estándares de tiempo y distancia aprobados, aprobaremos una autorización a un proveedor no participante específico hasta que usted ya no necesite la atención o tengamos un proveedor participante en nuestra red que cumpla con los estándares de tiempo y distancia y hasta que se haya hecho la transición de su atención a ese proveedor participante. Los servicios cubiertos prestados por el proveedor no participante se pagarán como si fueran prestados por un proveedor participante. Usted será responsable únicamente de cualquier costo compartido aplicable dentro de la red.

G. Servicios fuera de la red.

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

H. Servicios sujetos a preautorización.

Se requiere nuestra preautorización antes de recibir ciertos servicios cubiertos. Su médico de atención primaria (PCP) es responsable de solicitar la Preautorización para los servicios dentro de la red enumerados en la sección Programa de beneficios de este Contrato.

I. Procedimiento de notificación.

Si busca cobertura para servicios que requieren notificación, su proveedor debe llamarnos al (800) 223-7242 (TTY: 711). Llame al número que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Su Proveedor debe comunicarse con nosotros para solicitar la Preautorización de la siguiente manera:

- Al menos dos (2) semanas antes de un ingreso programado o de una intervención quirúrgica cuando su Proveedor recomiende la Hospitalización. Si no es posible, entonces tan pronto como sea razonablemente posible durante el horario laboral habitual anterior al ingreso.
- Al menos dos (2) semanas antes de una cirugía ambulatoria o de cualquier procedimiento de atención ambulatoria cuando su Proveedor recomiende que la cirugía o el procedimiento se realice en una unidad quirúrgica ambulatoria de un Hospital o en un Centro Quirúrgico Ambulatorio. Si eso no es posible, entonces tan pronto como sea razonablemente posible durante el horario laboral habitual antes de la cirugía o procedimiento.
- Dentro de los primeros tres (3) meses de un embarazo, o tan pronto como sea razonablemente posible y otra vez dentro de las 48 horas posteriores a la fecha real del parto, si se espera que su estadía en el hospital se extienda más de 48 horas para un parto vaginal o 96 horas para un parto por cesárea.

Debe comunicarse con nosotros para notificar lo siguiente:

- Tan pronto como sea razonablemente posible cuando se presten servicios de ambulancia aérea por una situación de emergencia.
- Si es hospitalizado en casos de una Condición de emergencia, debe llamarnos dentro de las 48 horas posteriores a su admisión o tan pronto como sea razonablemente posible.

J. Administración médica.

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

K. Necesidad médica.

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

Podemos basar nuestra decisión en una revisión de lo siguiente:

- Su historia clínica;
- Nuestras políticas o normativas médicas y pautas clínicas.;
- Opiniones médicas de una sociedad profesional, comité de revisión por expertos u otros grupos de médicos;
- Informes en material médico publicado revisado por expertos;
- Informes y pautas publicados por organizaciones de atención médica reconocidas a nivel nacional que incluyan datos científicos de apoyo;
- Estándares profesionales de seguridad y eficacia que, por lo general, son reconocidos en los Estados Unidos para el diagnóstico, la atención o el tratamiento;

Los servicios se considerarán médicamente necesarios únicamente si tienen las siguientes características:

- Son clínicamente apropiados, en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración, y se consideran eficaces contra la enfermedad, lesión o condición del paciente;
- Son necesarios para la atención y el tratamiento directos o el control de esa condición;
- Su condición se vería afectada en forma negativa si no se prestaran los servicios;
- Se prestan según estándares generalmente aceptados de práctica médica;
- No son principalmente para su comodidad, la de su familia o la de su proveedor;
- No son más costosos que un servicio alternativo o una secuencia de servicios que tiene, al menos, la misma probabilidad de producir resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes;
- Cuando el establecimiento o el lugar de servicio sea parte de la revisión, los servicios que se pueden prestar de forma segura en un entorno de menor costo no serán médicamente necesarios si se realizan en un entorno de mayor costo. Por ejemplo, no proporcionaremos cobertura para la admisión de un paciente internado para cirugía si la cirugía podría haberse realizado de forma ambulatoria o una infusión o inyección de un medicamento especial proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital si el medicamento podría proporcionarse en el consultorio del médico o en el domicilio.

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

L. Protección frente a las facturas sorpresa.

1. **Factura sorpresa.** Una factura sorpresa es una factura que usted recibe por los servicios cubiertos en las siguientes circunstancias:
    - Por los servicios prestados por un médico no participante en un hospital participante o centro de cirugía ambulatoria, cuando sucede lo siguiente:
        - o Un médico participante no está disponible en el momento en que se prestan los servicios de atención médica;
        - o Un médico no participante presta servicios sin su conocimiento; o
        - o Surgen problemas o servicios médicos imprevistos en el momento en que se prestan los servicios de atención médica.

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

    - Un médico participante lo refirió a un proveedor no participante sin su consentimiento explícito por escrito reconociendo que la remisión es a un proveedor no participante y podría generar costos que no cubrimos. Para una factura sorpresa, una remisión a un proveedor no participante significa lo siguiente:

- Los servicios cubiertos son prestados por un proveedor no participante en el consultorio del médico participante durante la misma visita;
- El médico participante envía una muestra obtenida en el consultorio del médico participante a un laboratorio o patólogo no participante; o
- Por cualquier otro servicio cubierto realizado por un proveedor no participante a solicitud del médico participante, cuando se requieran remisiones según su Contrato.

Usted quedará indemne por cualquier cargo del proveedor no participante por la factura sorpresa que exceda su costo compartido. El Proveedor no participante solo puede facturarle su Costo compartido. Puede firmar un formulario para notificarnos a nosotros y al proveedor no participante que recibió una factura sorpresa. El formulario de certificación de factura sorpresa está disponible en dfs.ny.gov o puede visitar nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com para obtener una copia del formulario. Debe enviarnos por correo postal una copia del formulario a la dirección que figura en su tarjeta de identificación; para el formulario de Certificación de factura sorpresa en el párrafo Números telefónicos y direcciones importantes a continuación y a su proveedor.

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

M. Prestación de servicios cubiertos mediante telemedicina.

Si su proveedor participante ofrece servicios cubiertos mediante telemedicina, no denegaremos los servicios cubiertos porque se prestan mediante telemedicina. Un miembro podrá sujetar la cobertura de un servicio prestado vía telesalud a copagos y/o coaseguros siempre que sean al menos tan favorables para el miembro como los establecidos para el mismo servicio cuando no se preste vía telesalud. Los servicios cubiertos prestados mediante telemedicina pueden estar sujetos a la revisión de la utilización y a los requisitos de garantía de calidad, así como a otros términos y condiciones del Contrato que sean al menos tan favorables como los requisitos para el mismo servicio cuando no se prestan mediante telemedicina. "Telemedicina" significa el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor participante para prestarle los servicios cubiertos mientras su ubicación sea diferente a la ubicación de su proveedor.

N. Administración de cuidados.

La Administración de cuidados ayuda a coordinar los servicios para los miembros con necesidades de atención médica debido a condiciones de salud graves, complejas y/o crónicas. Nuestros programas coordinan los beneficios y educan a los miembros que aceptan participar en el Programa de Administración de Cuidados para ayudar a satisfacer sus necesidades relacionadas con la salud.

Nuestros Programas de Administración de Cuidados son confidenciales y voluntarios. Estos programas se ofrecen sin costo adicional y no cambian los servicios cubiertos. Si cumple los criterios del programa y acepta participar, lo ayudaremos a satisfacer sus necesidades de atención médica identificadas. Esto se logra a través del contacto y el trabajo en equipo con usted y/o persona designada autorizado, médicos responsables y otros proveedores. Además, podemos ayudar a coordinar la atención con los programas y servicios existentes basados en la comunidad para satisfacer sus necesidades, lo que puede incluir darle información sobre agencias externas y programas y servicios basados en la comunidad.

En ciertos casos de enfermedades o lesiones graves o crónicas, podemos brindar beneficios para atención alternativa a través de nuestro Programa de Administración de Cuidados que no figura como Servicio cubierto. También podemos extender los Servicios cubiertos más allá de los beneficios máximos de este Contrato. Tomaremos Nuestra decisión caso por caso si determinamos que el beneficio alternativo o extendido es lo mejor para usted y para nosotros.

Nada en esta disposición le impedirá apelar Nuestra decisión. La decisión de brindar beneficios extendidos o aprobar atención alternativa en un caso no nos obliga a brindarle los mismos beneficios nuevamente a usted ni a ningún otro Asegurado. Nos reservamos el derecho, en cualquier momento, de modificar o dejar de brindar beneficios extendidos o aprobar atención alternativa. En tal caso, se lo notificaremos a Usted o a persona designada por escrito.

O. Números telefónicos y direcciones importantes.

- RECLAMOS
  Molina Healthcare of New York, Inc.
  P.O. Box 22615
  Long Beach, CA 90801
  (Envíe los formularios de reclamo a esta dirección).
- QUEJAS, RECLAMACIONES Y APELACIONES DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN
  (800) 223-7242 (TTY: 711)
- FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE FACTURA SORPRESA
  Consulte la dirección que se encuentra en su tarjeta de identificación.
  (Envíe los formularios de certificación de factura sorpresa a esta dirección).
- SERVICIOS PARA MIEMBROS
  (800) 223-7242 (TTY: 711)
  (Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.).
- PREAUTORIZACIÓN
  (800) 223-7242 (TTY: 711)
- SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL
  (800) 223-7242 (TTY: 711)
- NUESTRO SITIO WEB
  MolinaHealthcare.com

Sección III

Acceso a la atención médica y a la atención de transición

A. Autorización a un proveedor no participante.

Si determinamos que no disponemos de un Proveedor participante con la capacitación y la experiencia adecuadas para tratar Su afección, aprobaremos una autorización para un Proveedor no participante apropiado. Su proveedor participante debe solicitar la aprobación previa de la autorización a un proveedor no participante específico. Las aprobaciones de las autorizaciones a Proveedores no participantes no se realizarán para su comodidad ni para la de otro proveedor tratante y pueden no ser necesariamente para el Proveedor no participante específico que usted solicitó. Si aprobamos la autorización, todos los servicios prestados por el proveedor no participante están sujetos a un plan de tratamiento aprobado por nosotros después de la consulta con su médico de atención primaria (PCP), el proveedor no participante y usted. Los servicios cubiertos prestados por el proveedor no participante se pagarán como si fueran prestados por un proveedor participante. Usted será responsable únicamente de cualquier costo compartido aplicable dentro de la red. En caso de que no se apruebe una autorización, no se cubrirá ningún servicio prestado por un proveedor no participante.

B. Cuándo un especialista puede ser su médico de atención primaria.

Si usted tiene una afección o enfermedad que pone en riesgo su vida, o una afección o enfermedad degenerativa y discapacitante que requiere cuidado especializado durante un largo período, puede pedir que un especialista que es proveedor participante sea su médico de atención primaria (PCP). Consultaremos con el especialista y su PCP, y decidiremos si el especialista debe ser su PCP. Cualquier autorización se hará de conformidad con un plan de tratamiento aprobado por nosotros tras la consulta con su PCP, el especialista y usted. No aprobaremos a un especialista no participante, a menos que determinemos que no tenemos un proveedor apropiado en nuestra red. Si aprobamos a un especialista no participante, los servicios cubiertos prestados por el especialista no participante de conformidad con el plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran proporcionados por un proveedor participante. Solo será responsable de cualquier Costo compartido aplicable dentro de la red.

C. Autorización permanente para un especialista participante.

Si necesita cuidado especializado continuo, puede recibir una “autorización permanente” a un especialista que sea proveedor participante. Esto significa que usted no tendrá que obtener una nueva autorización de su PCP cada vez que necesite ver a ese especialista. Consultaremos con el especialista y su PCP y decidiremos si usted debe tener una autorización permanente. Cualquier autorización se hará de conformidad con un plan de tratamiento aprobado por nosotros tras la consulta con su PCP, el especialista y usted. El plan de tratamiento puede limitar la cantidad de visitas o el período durante el cual las visitas están autorizadas, y puede requerir que el especialista le proporcione a su PCP actualizaciones regulares sobre el cuidado especializado que recibe, así como toda la información médica necesaria. No aprobaremos una autorización permanente a un especialista no participante, a menos que determinemos que no tenemos un proveedor apropiado en nuestra red. Si aprobamos una autorización permanente a un Especialista no participante, los Servicios cubiertos prestados por el Especialista no participante de conformidad con el plan de tratamiento aprobado se pagarán como si fueran proporcionados por un Proveedor participante. Usted será responsable únicamente de cualquier costo compartido aplicable dentro de la red.

D. Centro de atención especializada.

Si tiene una condición o enfermedad que pone en peligro su vida o una condición o enfermedad degenerativa e incapacitante que requiere atención especializada durante un período prolongado, puede solicitar una autorización a un centro de atención especializada con experiencia en el tratamiento de su condición o enfermedad. Un centro de cuidado especializado es un centro que tiene una acreditación o designación de una agencia del estado, el Gobierno federal o una organización nacional de salud por tener experiencia especial para tratar su enfermedad o afección. Consultaremos con su PCP, su especialista y el centro de cuidado especializado para decidir si dicha autorización es

apropiada. Cualquier autorización se hará de conformidad con un plan de tratamiento desarrollado por el centro de cuidado especializado y aprobado por nosotros tras la consulta con su PCP, el especialista y usted. No aprobaremos una autorización a un centro de atención especializada no participante, a menos que determinemos que no disponemos de un centro de atención especializada apropiado 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 prestados por un centro de atención especializada participante. Usted será responsable únicamente de cualquier costo compartido aplicable dentro de la red.

E. Cuando su proveedor abandona la red.

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

El Proveedor debe aceptar como pago la tarifa negociada que estaba en vigor justo antes de la finalización de nuestra relación con el Proveedor. El proveedor también debe proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con su atención y cumplir con nuestras políticas o normativas y procedimientos, incluidos aquellos para garantizar la calidad de la atención, obtener una preautorización, remisiones y un plan de tratamiento aprobado por nosotros. Recibirá los Servicios cubiertos como si los proporcionara un Proveedor participante. Usted será responsable únicamente de cualquier costo compartido aplicable dentro de la red. Tenga en cuenta que si nosotros rescindimos al proveedor debido a fraude, daño inminente a los pacientes o medida disciplinaria final por parte de un Consejo Médico o agencia estatal que afecta la capacidad del proveedor para ejercer, el tratamiento continuo con ese proveedor no estará disponible.

F. Nuevos miembros en tratamiento.

Si usted está recibiendo un tratamiento continuo con un proveedor no participante cuando su cobertura en virtud de este Contrato entre en vigor, es posible que pueda recibir servicios cubiertos por el tratamiento en curso del proveedor no participante durante un máximo de 60 días a partir de la fecha de vigencia de su cobertura en virtud de este Contrato. Este tratamiento debe ser para una enfermedad o afección potencialmente mortal, o una afección o enfermedad degenerativa y discapacitante. También puede continuar la atención médica con un proveedor no participante si se encuentra en el segundo o tercer trimestre de un embarazo cuando su cobertura en virtud de este Contrato entre en vigor. Puede continuar la atención médica durante el parto y cualquier servicio posparto directamente relacionado con el parto.

Para que pueda seguir recibiendo los servicios cubiertos durante un máximo de 60 días o durante el embarazo, el proveedor no participante debe aceptar como pago nuestros honorarios por dichos servicios. El proveedor también debe aceptar proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con su atención y cumplir con nuestras políticas o normativas y procedimientos, incluidos aquellos para garantizar la calidad de la atención, obtener una preautorización, remisiones y un plan de tratamiento aprobado por nosotros. Si el Proveedor acepta estas condiciones, usted recibirá los servicios cubiertos como si los prestara un proveedor participante. Usted será responsable únicamente de cualquier costo compartido aplicable dentro de la red.

Sección IV

Costos compartidos y cantidad autorizada

A. Copagos.

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

B. Coseguro.

Salvo que se indique lo contrario, debe pagar un porcentaje de la cantidad autorizada por los servicios cubiertos. Pagaremos el porcentaje restante de la cantidad autorizada tal como se muestra en la sección Programa de beneficios de este Contrato.

C. Límite de gastos de bolsillo.

Cuando haya alcanzado su límite de gastos de bolsillo en el pago de costos compartidos para un año del plan en la sección Lista de beneficios de este contrato, brindaremos cobertura por el 100 % del monto permitido para los servicios cubiertos durante el resto de ese año del plan.

La multa por notificación de preautorización descrita en la sección Cómo funciona su cobertura de este Contrato no se aplica a su límite de gastos de bolsillo. El límite de gastos de bolsillo se ejecuta según el año del plan

D. Cantidad autorizada.

“Cantidad autorizada” se refiere al monto máximo que pagaremos por los servicios o suministros cubiertos en virtud de este Contrato, antes de que se resten los montos de copago o coseguro aplicables. Determinamos nuestra cantidad autorizada de la siguiente manera:

la cantidad autorizada será el monto que negociamos con el proveedor participante. Consulte la sección Servicios de emergencia y cuidado urgente de este Contrato con el fin de conocer la cantidad autorizada para servicios de emergencia prestados por proveedores no participantes. Consulte la sección Servicios médicos de emergencia prehospitalarios y de ambulancia de este Contrato con el fin de conocer la cantidad autorizada para los Servicios médicos de emergencia prehospitalarios prestados por Proveedores no participantes.

Sección V

Quién tiene cobertura

A. Quién tiene cobertura en virtud de este Contrato.

Usted, el suscriptor al que se emite este Contrato, está cubierto en virtud de este Contrato. Debe vivir o residir en el área de servicio para estar cubierto en virtud de este Contrato. Usted debe tener un ingreso familiar de un 138 % o menos y ser un inmigrante que reside legalmente que no es elegible para Medicaid. Si Usted está inscrito en Medicare o Medicaid o en un seguro médico asequible patrocinado por el empleador y tiene menos de 21 años o más de 64 años, no es elegible para adquirir este Contrato.

Debe notificar los cambios que podrían afectar su elegibilidad a lo largo del año, incluso si queda embarazada. Si queda embarazada mientras está cubierta por este Contrato, puede permanecer inscrita de acuerdo con la sección 369-ii de la Ley de Servicios Sociales de New York. Si permanece en Essential Plan, tendrá cobertura por la duración del embarazo, junto con un año de cobertura posparto. El período de cobertura de 12 meses para posparto comenzará el último día de su embarazo y terminará el último día del mes 12. También puede ser elegible para obtener Medicaid si tiene un ingreso familiar inferior al 223 % del Nivel Federal de Pobreza. Si desea cobertura de Medicaid en lugar de Essential Plan, debe comunicarse con NYSOH.

B. Tipos de cobertura.

El único tipo de cobertura que ofrece el Plan Esencial es la cobertura individual, lo que significa que solo usted está cubierto. Si hay miembros adicionales de su familia que también están cubiertos por el Plan Essential, recibirán un Contrato por separado.

C. Inscripción.

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

Sección VI

Atención médica preventiva

Consulte la sección Programa de beneficios de este contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de preautorización o remisión que se aplique a estos beneficios.

Atención médica preventiva.

Cubrimos los siguientes servicios con el fin de promover una buena salud y la detección temprana de la enfermedad. Los servicios médicos preventivos no están sujetos a los costos compartidos (copagos o coseguros) cuando los realiza un proveedor participante y se proporcionan de conformidad con las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Atención Médica (Health Resources and Services Administration, HRSA), o si los elementos o servicios tienen una calificación "A" o "B" de la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), o si las inmunizaciones son recomendadas por el Comité asesor de las prácticas de vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Sin embargo, los costos compartidos pueden aplicarse a los servicios prestados durante la misma visita que los servicios médicos preventivos. Además, si se presta un servicio médico preventivo durante una visita al consultorio en la cual el servicio médico preventivo no es el objetivo principal de la visita, se seguirá aplicando el monto por costos compartidos que, de otro modo, se aplicaría a la visita al consultorio. Puede comunicarse con nosotros llamando al (800) 223-7242, TTY: 711) o visitar nuestro sitio web MolinaHealthcare.com para obtener una copia de las pautas integrales respaldadas por la HRSA, elementos o servicios con una calificación "A" o "B" de la USPSTF e inmunizaciones recomendadas por el ACIP.

A. Exámenes físicos anuales para adultos. Cubrimos los exámenes físicos anuales para adultos, la atención médica preventiva y los exámenes preventivos, tal como se establece en las pautas integrales respaldadas por la HRSA y elementos o servicios con una calificación "A" o "B" de la USPSTF.

Ejemplos de elementos o servicios con una calificación "A" o "B" de la USPSTF incluyen, entre otros, examen de presión arterial para adultos, examen de detección de cáncer de pulmón, examen de detección de cáncer colorrectal, examen de consumo indebido de alcohol, examen de detección de la depresión y examen de detección de diabetes. Una lista completa de los servicios preventivos cubiertos está disponible en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com, o se le enviará por correo postal si lo solicita.

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

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

B. Inmunizaciones para adultos. Cubrimos las inmunizaciones para adultos según lo recomendado por el ACIP. Este beneficio no está sujeto a copagos ni coseguros cuando se proporciona según las recomendaciones del ACIP.

C. Exámenes para el bienestar de la mujer. Cubrimos exámenes preventivos para mujeres que consisten en un examen ginecológico de rutina, un examen de mama y un examen preventivo anual para la detección de cáncer de cuello uterino, incluidos servicios de laboratorio y diagnóstico relacionados con la evaluación de las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino. También cubrimos la atención médica preventiva y los exámenes preventivos, como se establece en las pautas integrales respaldadas por la HRSA y elementos o servicios con una calificación "A" o "B" de la USPSTF. Una lista completa de los servicios preventivos cubiertos está disponible en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com, o se le enviará por correo postal si lo solicita. Este beneficio no está sujeto a copagos ni coseguro cuando se proporciona de conformidad con las pautas integrales respaldadas por la HRSA y elementos o servicios con una calificación "A" o "B" de la USPSTF, que puede ser menos frecuente que la descrita anteriormente.

D. Mamografías, exámenes preventivos y diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama. Cubrimos las mamografías, que pueden proporcionarse por tomosíntesis de mama (es decir, mamografías 3D), para la detección del cáncer de mama de la siguiente manera:

- Una (1) mamografía de detección de base para miembros de 35 a 39 años; y
- Una (1) mamografía de detección anual para miembros de 40 años o más.

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

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

También cubrimos exámenes preventivos e imágenes de diagnóstico adicionales para la detección del cáncer de mama, incluidas mamografías de diagnóstico, ecografías mamarias, resonancias magnéticas (MRI) y las evaluaciones de patología para completar el proceso de detección. Los exámenes preventivos y las imágenes de diagnóstico para la detección del cáncer de mama, incluidas las mamografías de diagnóstico, las ecografías mamarias, las resonancias magnéticas y las evaluaciones de patología, no están sujetas a copagos, deducibles ni coseguros cuando los proporciona un Proveedor participante.

E. Servicios de planificación familiar y salud reproductiva. Cubrimos servicios de planificación familiar que consisten en métodos anticonceptivos aprobados, autorizados o otorgados por la FDA recetados por un Proveedor, que de otro modo no están cubiertos según la sección Cobertura de medicamentos recetados de este Contrato, educación y asesoramiento para pacientes sobre el uso de anticonceptivos y temas relacionados; servicios de seguimiento relacionados con métodos anticonceptivos, incluido el manejo de efectos secundarios, asesoramiento para el cumplimiento continuo e inserción y extracción de dispositivos; y procedimientos de esterilización para mujeres. Dichos servicios no están sujetos a copagos ni coseguro cuando los brinda un proveedor participante.

También cubrimos las vasectomías sujetas a copagos o coseguros.

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

F. Mediciones o pruebas de densidad mineral ósea. Cubrimos las

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

- Tiene antecedentes de osteoporosis o antecedentes familiares de osteoporosis;
- Tiene síntomas o afecciones que indiquen la presencia o el riesgo significativo de osteoporosis;
- Tiene un régimen de medicamentos recetado que suponga un riesgo significativo de osteoporosis;
- Tiene factores de estilo de vida que, hasta cierto punto, representan un riesgo significativo de osteoporosis; o
- Tiene una edad, sexo y/o otras características fisiológicas que plantean un riesgo significativo de osteoporosis.

También cubrimos la detección de osteoporosis según lo dispuesto en las pautas integrales respaldadas por HRSA, y artículos o servicios con una calificación "A" o "B" de USPSTF.

Este beneficio no está sujeto a copagos ni coseguros cuando lo brinda un proveedor participante y de conformidad con las pautas integrales respaldadas por la HRSA y los elementos o servicios con una calificación “A” o “B” del Grupo de Trabajo de Servicios Médicos Preventivos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF), que puede no incluir todos los servicios mencionados anteriormente, como medicamentos y dispositivos.

G. Detección de cáncer de próstata. Cubrimos un examen de diagnóstico estándar anual que incluye, entre otros, un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico para hombres de 50 años o más que son asintomáticos y para hombres de 40 años o más con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otros factores de riesgo de cáncer de próstata. También cubrimos las pruebas de diagnóstico estándar, que incluyen, entre otras, un examen rectal digital y una prueba de antígeno prostático específico, a cualquier edad para hombres con antecedentes de cáncer de próstata.

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

H. Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP). Cubrimos los servicios de prevención de la diabetes prestados por programas reconocidos por los CDC para personas con riesgo de desarrollar diabetes de tipo 2. La prestación cubre 22 sesiones de formación grupal a lo largo de 12 meses. Usted 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 de edad, no está actualmente embarazada, tiene sobrepeso y no ha sido diagnosticado previamente con diabetes tipo 1 o tipo 2, Y cumplir con uno de los siguientes:

- Ha tenido un resultado de análisis de sangre en el rango de prediabetes durante el último año, O
- Le han diagnosticado previamente diabetes gestacional, O
- Obtuvo una puntuación de 5 o superior en la Prueba de Riesgo de Prediabetes de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) o de la Asociación Americana de la Diabetes (American Diabetes Association, ADA).

I. Detección de cáncer de colon. Cubrimos pruebas de detección de cáncer de colon para los miembros de 45 a 65 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 colonoscopia inicial u otra prueba médica para la detección del cáncer de colon y una colonoscopia de seguimiento realizada debido a un resultado positivo de una prueba de detección preventiva que no sea colonoscopia.

Sección VII

Servicios médicos de emergencia prehospitalarios y de ambulancias

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

A. Transporte de emergencia en ambulancia.

1. **Servicios médicos de emergencia prehospitalarios.** Cubrimos los servicios médicos de emergencia prehospitalarios en todo el mundo para el tratamiento de una condición de emergencia cuando estos servicios los presta un servicio de ambulancias.

   "Servicios médicos de emergencia prehospitalarios" se refiere a la evaluación y el tratamiento rápidos de una condición de emergencia y/o transporte no aéreo a un hospital. Los servicios los debe prestar un servicio de ambulancia con un certificado emitido de conformidad con la Ley de Salud Pública de Nueva York. Sin embargo, solo cubriremos el transporte a un hospital proporcionado por este servicio de ambulancia cuando un lego prudente con conocimiento promedio de medicina y salud podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata dé lugar a lo siguiente:

   - Se pone en grave peligro la salud de la persona afectada por dicha enfermedad o, en caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo nonato, o en el caso de una afección conductual, la salud de esa persona u otras personas;
   - Deterioro grave de las funciones corporales de esa persona;
   - Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de esa persona; o
   - Desfiguración grave de esa persona.

   Un servicio de ambulancias con licencia según el Artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York debe mantenerlo indemne y no puede cobrarle ni solicitar el reembolso por los Servicios médicos de emergencia prehospitalarios, excepto por el cobro de cualquier copago o coseguro aplicable. A falta de tarifas negociadas, pagaremos a un proveedor no participante el cargo usual y habitual por los servicios médicos de emergencia prehospitalarios, que no será excesivo ni irrazonable. El cargo usual y habitual para los Servicios médicos de emergencia prehospitalarios es la tasa de FAIR Health en el percentil 80.

2. **Transporte de emergencia en ambulancia.** Además de los Servicios de emergencia prehospitalarios, también cubrimos el transporte de emergencia en ambulancia en todo el mundo mediante un servicio de ambulancia autorizado (ya sea terrestre, por agua o por aire) al hospital más cercano donde se pueden prestar los Servicios de emergencia. Esta cobertura incluye el transporte de emergencia en ambulancia a un hospital cuando el centro de origen no puede tratar su condición de emergencia.

   A falta de tarifas negociadas, pagaremos a un proveedor no participante con licencia en virtud del Artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York el cargo usual y habitual por el transporte en ambulancia de emergencia, que no será excesivo ni irrazonable. El cargo usual y habitual para el transporte en ambulancia de emergencia es la tasa de FAIR Health en el percentil 80, calculada según el lugar de recogida.

   Pagaremos a un Proveedor no participante que no tenga licencia según el Artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York.

B. Transporte terrestre en ambulancia que no sea de emergencia.

Cubrimos el transporte en ambulancia que no sea de emergencia mediante un servicio de ambulancias autorizado entre los Centros cuando el transporte sea cualquiera de los siguientes:

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

Pagaremos a un Proveedor no participante que no tenga licencia según el Artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York.

C. Servicios de ambulancia aérea.

1. **Servicios de ambulancia aérea de emergencia.** Cubrimos el transporte de emergencia en ambulancia aérea mediante un servicio de ambulancias autorizado al Hospital más cercano donde se pueden prestar los Servicios de emergencia. Esta cobertura incluye el transporte de emergencia en ambulancia aérea a un Hospital cuando el Centro de origen no puede tratar su Condición de emergencia.
2. **Servicios de ambulancia aérea que no son de emergencia.** Cubrimos el transporte en ambulancia aérea que no sea de emergencia mediante un servicio de ambulancias autorizado entre los Centros cuando el transporte sea cualquiera de los siguientes:
   - Transporte desde un hospital no participante a un hospital participante;
   - Transporte a un Hospital que proporciona un nivel de atención superior que no estaba disponible en el Hospital original;
   - Transporte a un centro de cuidados intensivos más rentable; o
   - Transporte desde un centro de cuidados intensivos a un entorno subagudo.
3. **Pagos por servicios de ambulancia aérea.** Le pagaremos a un Proveedor participante el monto que hemos negociado con ellos por los servicios de ambulancia aérea.

   Pagaremos a un Proveedor no participante.

   Usted es responsable de cualquier Costo compartido de los servicios de ambulancia aérea. El Proveedor no participante solo puede facturarle su Costo compartido. Si recibe una factura de un Proveedor no participante que supera su Costo compartido, debe comunicarse con nosotros.

D. Limitaciones/Términos de cobertura.

- No cubrimos los gastos de viaje o transporte, a menos que estén relacionados con una condición de emergencia o debido a un traslado del centro aprobado por nosotros, aunque sea prescrito por un médico.
- No cubrimos el transporte que no sea de ambulancia, como una furgoneta para transportar silla de ruedas, una furgoneta o un taxi.
- La cobertura para ambulancia aérea relacionada con una afección de emergencia o ambulancia aérea relacionada con el transporte que no sea emergencia se proporciona cuando: su afección médica es tal que el transporte en ambulancia terrestre no es apropiado; su afección médica requiere un transporte inmediato y rápido en ambulancia que no puede ser proporcionado por la ambulancia terrestre; y se cumple una (1) de las siguientes condiciones:
  - o El punto de recogida es inaccesible por el vehículo terrestre; o
  - o Grandes distancias u otros obstáculos (por ejemplo, tráfico pesado) impiden su traslado a tiempo al hospital más cercano con las instalaciones apropiadas.

Sección VIII

Servicios de emergencia y cuidado urgente

Consulte la sección Programa de beneficios de este contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de preautorización o remisión que se aplique a estos beneficios.

A. Servicios de emergencia.

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

Definimos **"Condición de emergencia"** como: Es una afección médica o conductual que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente, incluido el dolor intenso, de manera que una persona común prudente con conocimiento promedio de medicina y salud podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata dé lugar a lo siguiente:

- Se pone en grave peligro la salud de la persona afectada por dicha enfermedad o, en caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo nonato, o en el caso de una afección conductual, la salud de esa persona u otras personas;
- Deterioro grave de las funciones corporales de esa persona;
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo de esa persona; o
- Desfiguración grave de esa persona.

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

- Dolor fuerte en el pecho
- Lesiones graves o múltiples
- Dificultad grave para respirar
- Cambio repentino del estado mental (p. ej., desorientación)
- Sangrado intenso
- Dolor agudo o condiciones que requieran atención inmediata, como sospecha de ataque al corazón o apendicitis
- Envenenamientos
- Convulsiones

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

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

1. **Visitas al departamento de emergencias del hospital.** En caso de que necesite tratamiento para una condición de emergencia, busque atención inmediata en el departamento de emergencias del hospital más cercano o llame al 911. Si está experimentando una crisis de salud mental, también puede llamar al 988 para obtener ayuda. La atención del departamento de emergencias no requiere preautorización. **Sin embargo, solo los servicios de emergencia para el tratamiento de una condición de emergencia están cubiertos en un departamento de emergencias.** Si no está seguro de que el departamento de emergencias del hospital sea el lugar más apropiado para recibir atención, puede llamarnos antes de buscar tratamiento. Los coordinadores de gestión médica están disponibles para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su coordinador lo remitirá al departamento de emergencias de un hospital u otro centro apropiado.

No cubrimos el cuidado de seguimiento ni la atención médica rutinaria proporcionada en el departamento de emergencias del hospital. Debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que recibe el cuidado de seguimiento apropiado.

2. **Admisiones hospitalarias de emergencia.** En el caso de que usted sea **admitido** al Hospital, usted o alguien en su nombre debe notificarnos al número que figura en este Contrato dentro de las 48 horas posteriores a su admisión, o tan pronto como sea razonablemente posible.

   Cubrimos servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados después de la atención en el departamento de emergencias en un hospital no participante en el costo compartido dentro de la red. Si su condición médica permite su transferencia a un hospital participante, le notificaremos y trabajaremos con usted para organizar la transferencia.

3. **Pagos relativos a los servicios de emergencia prestados.**

   Le pagaremos a un Proveedor participante el monto que hemos negociado con ellos por los Servicios de emergencia. Le pagaremos a un Proveedor no participante el monto que hemos negociado con ellos por el Servicio de emergencia o un monto que hayamos determinado que es razonable para este servicio. Sin embargo, el monto negociado o el monto que determinemos que es razonable no excederá el cargo del Proveedor No Participante.

   Usted es responsable de cualquier costo compartido dentro de la red. Usted quedará indemne por cualquier cargo de proveedor no participante que exceda su costo compartido dentro de la red. El proveedor no participante solo puede facturarle 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.

El cuidado urgente es la atención médica para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en el departamento de emergencias. El cuidado urgente suele estar disponible después del horario de atención habitual, incluidas las noches y los fines de semana. Si necesita atención después del horario de atención habitual, incluidas las noches, los fines de semana o los días festivos, tiene opciones. Puede llamar al consultorio de su proveedor para recibir instrucciones o visitar un centro de cuidado urgente. Si tiene una condición de emergencia, busque atención inmediata en el servicio de urgencias del hospital más cercano o llame al 911. **El cuidado urgente está cubierto en nuestra área de servicio.**

1. **Dentro de la red.** Cubrimos el cuidado urgente de un médico participante o un centro de cuidado urgente participante. No es necesario que se comunique con nosotros antes o después de su visita.
2. **Fuera de la red.** Cubrimos atención de urgencia de un centro de atención de urgencia o de un médico no participante fuera de nuestra área de servicio. Sin embargo, debe obtener una preautorización de nuestra parte. Comuníquese con nosotros al (800)-223-7242 (TTY: 711) y recibirá instrucciones. Estamos disponibles las 24 horas al día, los siete (7) días a la semana para ayudarlo en situaciones médicas de urgencia.

Si el cuidado urgente da lugar a una admisión en emergencia, siga las instrucciones para las admisiones de emergencia en el hospital descritas anteriormente.

Sección IX

Servicios ambulatorios y profesionales

Consulte la sección Programa de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de Costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de Preautorización o Remisión que se aplique a estos beneficios.

A. Servicios avanzados de imágenes.

Cubrimos tomografías por emisión de positrones (positron emission tomography, PET), resonancias magnéticas, medicina nuclear y tomografías computarizadas.

B. Pruebas y tratamiento de alergias.

Cubrimos pruebas y evaluaciones, que incluyen inyecciones, y pruebas de punción cutánea para determinar la existencia de una alergia. También cubrimos el tratamiento contra alergias, que incluye tratamientos de desensibilización, inyecciones y sueros para alergias de rutina.

C. Servicios de centros de cirugía ambulatoria.

Cubrimos los procedimientos quirúrgicos realizados en los centros de cirugía ambulatoria, que incluye los servicios y suministros proporcionados por el centro el día en que se realiza la cirugía.

D. Quimioterapia e inmunoterapia.

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

E. Servicios quiroprácticos.

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

F. Ensayos clínicos.

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

- Es elegible para participar en un ensayo clínico aprobado con fines de tratar el cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal; y
- Tiene una remisión de un proveedor participante que ha concluido que su participación en el ensayo clínico aprobado sería apropiada.

Todos los demás ensayos clínicos, incluso cuando usted no tiene cáncer ni otra enfermedad o afección potencialmente mortal, pueden estar sujetos a las secciones de Revisión de la utilización y Apelación externa de este Contrato.

No cubrimos lo siguiente: los costos de los medicamentos o dispositivos en investigación; los costos de los servicios no relacionados con la salud que se requieren para recibir el tratamiento; los costos de gestión de la investigación; ni los costos que no estarían cubiertos en virtud de este Contrato para los tratamientos no experimentales que se proporcionan en el ensayo clínico.

"Ensayo clínico aprobado" se refiere a un ensayo clínico de fase I, II III o IV que cumple con las siguientes condiciones:

- Es un ensayo aprobado o con financiamiento del Gobierno federal;
- Se lleva a cabo mediante una solicitud de medicamento en investigación revisada por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos; o
- Es un ensayo de medicamentos que está exento de tener que presentar una nueva solicitud de medicamentos en investigación.

G. Servicios relacionados con la diabetes.

Si se le diagnostica diabetes, no será responsable del Costo compartido de los siguientes Servicios cubiertos.

- Consultas médicas de atención primaria para el diagnóstico, el control y el tratamiento de la diabetes. Sin embargo, los Costos compartidos pueden aplicarse a otros servicios prestados durante la misma visita que los servicios relacionados con la diabetes. Además, si se presta un servicio relacionado con la diabetes durante una visita al consultorio en la cual el servicio relacionado con la diabetes no es el objetivo principal de la visita, se seguirá aplicando el monto por Costos compartidos que, de otro modo, se aplicaría a la visita al consultorio;
- Una visita al consultorio para realizar un examen anual de retina dilatada, incluso cuando lo realiza un Especialista;
- Una visita al consultorio para realizar un examen anual de pie diabético, incluso cuando lo realiza un Especialista;
- Procedimientos y pruebas de laboratorio para el diagnóstico y control de la diabetes.

H. 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 las siguientes condiciones:

- El proveedor no participante está debidamente autorizado para ejercer y proporcionar dicho tratamiento.
- El proveedor no participante se encuentra fuera de nuestra área de servicio.
- El proveedor participante que le está tratando ha emitido una orden por escrito en la cual se indica que es necesario el tratamiento de diálisis por parte del proveedor no participante.
- Usted nos notifica por escrito al menos 30 días antes de la(s) fecha(s) de tratamiento propuesto e incluye la orden escrita mencionada anteriormente. El período de aviso con 30 días de antelación puede acortarse cuando necesite viajar con aviso repentino debido a una emergencia familiar o de otro tipo, siempre que tengamos una oportunidad razonable de revisar sus planes de viaje y tratamiento.
- Tenemos el derecho de preautorizar el tratamiento y el programa de diálisis.
- Proporcionaremos beneficios para no más de 10 tratamientos de diálisis por parte de un Proveedor no participante por año calendario.
- Los beneficios por los servicios de un proveedor no participante están cubiertos cuando se cumplen todas las condiciones anteriores y están sujetos a cualquier costo compartido vigente que se aplique a los tratamientos de diálisis por parte de un proveedor participante. Sin embargo, usted también es responsable de pagar cualquier diferencia entre el monto que hubiéramos pagado si el servicio fuera proporcionado por un Proveedor participante y el cargo del Proveedor no participante.

I. Servicios de recuperación de habilidades.

Cubrimos Servicios de recuperación de habilidades, 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.

J. Atención médica domiciliaria.

Cubrimos la atención en su hogar por una agencia de atención médica a domicilio certificada o autorizada por la agencia estatal apropiada. La atención debe proporcionarse de conformidad con el

plan de tratamiento escrito de su médico y debe ser en lugar de la hospitalización o confinamiento en un centro de enfermería especializada. La atención a domicilio incluye lo siguiente:

a. Atención de enfermería a tiempo parcial o intermitente por parte de una enfermera profesional o bajo su supervisión;
b. Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria a tiempo parcial o intermitente;
c. Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla si la proporciona la Agencia de atención médica a domicilio; y
d. Suministros médicos, Medicamentos recetados y medicamentos que recete un médico, y servicios de laboratorio por una Agencia de atención médica a domicilio o en su nombre, en la medida en que dichos elementos hubieran estado cubiertos durante la Hospitalización o el confinamiento en un Centro de enfermería especializada.

La atención médica domiciliaria está limitada a 40 visitas por año del plan. Cada consulta de un miembro de la agencia de atención médica a domicilio se considera una (1) consulta. Cada consulta de hasta cuatro (4) horas por un auxiliar de atención médica domiciliaria se considera una (1) consulta. Cualquier Servicio de Rehabilitación o Servicios de Habilitación recibidos bajo este beneficio no reducirá la cantidad de servicios disponibles bajo los Servicios de Rehabilitación o Beneficios de Servicios de Habilitación.

K. Tratamiento de la infertilidad.

Cubrimos servicios para el diagnóstico y tratamiento (quirúrgico y médico) de la infertilidad "Infertilidad" es una enfermedad o condición caracterizada por la incapacidad de embarazar a otra persona o de concebir, definida por la imposibilidad de establecer un embarazo clínico después de 12 meses de embarazo regular, relaciones sexuales sin protección o inseminación terapéutica con donante, o después de seis (6) meses de relaciones sexuales regulares sin protección o inseminación terapéutica con donante para una mujer de 35 años de edad o más. Es posible que se justifique una evaluación y un tratamiento más tempranos según los antecedentes médicos o los hallazgos físicos del miembro.

Dicha cobertura está disponible de la siguiente manera:

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

   Los servicios básicos de infertilidad incluyen los siguientes:

   - Evaluación inicial;
   - Análisis de semen;
   - Evaluación de laboratorio;
   - Evaluación de la función ovulatoria;
   - Prueba poscoital;
   - Biopsia endometrial;
   - Ecografía pélvica;
   - Histerosalpingograma;
   - Sonohistograma;
   - Biopsia testicular;
   - Análisis de sangre; y
   - Tratamiento médicamente apropiado de 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 para la infertilidad no dan como resultado un aumento de la fertilidad, cubrimos servicios integrales para la infertilidad.

Los servicios integrales para la infertilidad incluyen los siguientes:

- Inducción y monitoreo de la ovulación.
- Ecografía pélvica;
- Inseminación artificial;
- Histeroscopia;
- Laparoscopia; y
- Laparotomía;

3. **Servicios de preservación de la fertilidad.** Cubrimos los servicios estándar de preservación de la fertilidad cuando un tratamiento médico llevará directa o indirectamente a la infertilidad yatrógena. Los servicios estándar de preservación de la fertilidad incluyen la recolección, la preservación y el almacenamiento de óvulos o espermatozoides. "Infertilidad yatrógena" se refiere a una deficiencia de su fertilidad debido a una cirugía, radiación, quimioterapia u otro tratamiento médico que afecte a los órganos o procesos reproductivos.
4. **Exclusiones y limitaciones** No cubrimos lo siguiente:

   - Fertilización in vitro
   - Transferencias intratubáricas de gametos o transferencias intratubáricas de cigoto en las trompas de Falopio;
   - Costos asociados a un donante de óvulos o esperma, incluidos los gastos médicos del donante;
   - Criopreservación y almacenamiento de esperma y óvulos, excepto cuando se realizan como servicios de preservación de la fertilidad;
   - Criopreservación y almacenamiento de embriones;
   - Kits de predicción de la ovulación;
   - Reversión de ligaduras de trompas;
   - Reversión de vasectomías;
   - Costos de la maternidad sustituta y costos relacionados que no son servicios cubiertos en virtud de este Contrato;
   - Clonación; o
   - Procedimientos médicos y quirúrgicos que son experimentales o están en investigación, a menos que nuestra denegación sea rechazada por un Agente de apelación externo.

   Todos los servicios deben ser proporcionados por proveedores calificados para prestar dichos servicios de conformidad con las pautas establecidas y adoptadas por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva. No discriminaremos en función de su duración esperada de vida, discapacidad presente o prevista, grado de dependencia médica, calidad de vida percibida, otras condiciones de salud o en función de características personales que incluyen edad, sexo, orientación sexual, estado civil o identidad de género. al determinar la cobertura bajo este beneficio.

L. Terapia de infusión.

Cubrimos la terapia de infusión, que es la administración de medicamentos mediante sistemas de administración especializados. Los medicamentos o nutrientes administrados directamente en las venas se consideran terapia de infusión. Los medicamentos administrados por vía oral o autoinyectados no se consideran terapia de infusión. Los servicios deben ser solicitados por un médico u otro profesional de atención médica autorizado y prestados en un consultorio o por una agencia autorizada o certificada para proporcionar terapia de infusión. Todas las consultas para terapia de infusión en el hogar cuentan para su límite de consultas de atención médica domiciliaria.

M. 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.

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

Cubrimos radiografías, procedimientos de laboratorio y pruebas de diagnóstico, servicios y materiales, que incluyen radiografías de diagnóstico, radioterapia, fluoroscopia, electrocardiogramas, electroencefalogramas, análisis de laboratorio y servicios radiológicos terapéuticos.

Cubrimos las pruebas médicas de precisión de biomarcadores, incluidas las pruebas de un solo analito y las pruebas de panel múltiple, realizadas en un laboratorio participante certificado como CLIA o eximido de CLIA por la FDA, con fines de diagnóstico, tratamiento, control adecuado o monitoreo continuo para guiar las decisiones de tratamiento para su enfermedad o afección cuando uno o más de los siguientes reconocen la eficacia y la idoneidad de dichas pruebas:

- Indicaciones etiquetadas para una prueba aprobada o autorizada por la FDA, o pruebas indicadas para un Medicamento recetado aprobado por la FDA;
- Determinaciones de cobertura nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ("CMS") o determinaciones de cobertura local de contratistas administrativos de Medicare;
- Las pautas de práctica clínica reconocidas a nivel nacional; o
- Estudios científicos y material revisados por expertos externos publicados o aceptados para su publicación por revistas médicas que cumplen los requisitos reconocidos a nivel nacional para los manuscritos científicos y que presentan la mayoría de sus artículos publicados para su revisión por parte de expertos que no forman parte del personal editorial.

O. Atención de maternidad y neonatal.

1. Cubrimos los servicios de atención de maternidad proporcionados por un médico o una partera, una enfermera especializada, un hospital o un centro de maternidad. Cubrimos el cuidado prenatal (incluida una [1] consulta para pruebas genéticas), atención posnatal, parto y complicaciones del embarazo. Para que los servicios de una partera estén cubiertos, la partera debe estar autorizada de conformidad con el Artículo 140 de la Ley de Educación de Nueva York, ejercer la práctica de acuerdo con la Sección 6951 de la Ley de Educación de Nueva York y afiliarse o practicar en conjunto con un centro autorizado de conformidad con el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de Nueva York. No pagaremos por servicios de rutina duplicados prestados por una partera y un médico. Consulte la sección Servicios para pacientes internados de este Contrato para obtener información sobre la cobertura de la atención de maternidad para pacientes internados.

   Cubrimos el apoyo, el asesoramiento y los suministros de lactancia, incluido el costo de la compra de un (1) extractor de leche por embarazo durante la lactancia de parte de un proveedor participante.

   También cubrimos el uso ambulatorio de leche materna de donante pasteurizada (que puede incluir fortificadores) que un Profesional de atención médica ha recetado para un bebé que, de forma médica o física, no puede recibir leche materna, no puede participar en la lactancia, cuya madre es médica o físicamente incapaz de producir leche materna o lo hace en cantidad suficiente, o que no puede participar en la lactancia a pesar del apoyo óptimo a la lactancia. Dicho bebé debe tener un peso al nacer documentado inferior a mil quinientos gramos, o una afección congénita o adquirida que lo ponga en un riesgo elevado de padecer enterocolitis necrosante.

2. Cubrimos los servicios proporcionados por una Doula cuando lo recomiende su Médico, partera, personal de enfermería especializada o según lo disponga la ley estatal. Para que los servicios de una Doula estén cubiertos, la Doula debe estar registrada en el directorio de Doulas de la Comunidad del Estado de New York de acuerdo con el Título VI-a del Artículo 25 de la Ley de Salud Pública de New York.

   Cubrimos ocho (8) visitas prenatales o posparto por embarazo. Cubrimos una (1) visita de apoyo de Doula en persona durante el parto y el nacimiento por embarazo.

P. Visitas al consultorio.

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

Q. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.

Cubrimos los servicios y suministros del hospital como se describe en la sección Servicios para pacientes internados de este Contrato que se le pueden proporcionar mientras recibe tratamiento en un centro ambulatorio. Por ejemplo, los servicios cubiertos incluyen, entre otros, terapia de inhalación, rehabilitación pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca. A menos que esté recibiendo pruebas de preadmisión, los hospitales no son proveedores participantes para los procedimientos y pruebas de laboratorio ambulatorios.

R. Pruebas de preadmisión.

Cubrimos las pruebas de preadmisión solicitadas por su médico y realizadas en centros ambulatorios del hospital antes de una cirugía programada en el mismo hospital, siempre que se cumpla con lo siguiente:

- Las pruebas son necesarias y coherentes con el diagnóstico y el tratamiento de la afección para la que se va a realizar la cirugía;
- Se hicieron reservas para una cama de hospital y para el quirófano antes de realizar las pruebas;
- La cirugía se realiza dentro de los siete (7) días siguientes a las pruebas; y
- El paciente está físicamente presente en el hospital para las pruebas.

S. Medicamentos recetados para uso en el consultorio y en centros ambulatorios.

Cubrimos los medicamentos recetados (excluidos los autoinyectables) utilizados por su proveedor en el consultorio del proveedor con fines preventivos y terapéuticos. Este beneficio se aplica cuando su proveedor solicita el medicamento recetado y se lo administra a usted.

Cuando los medicamentos recetados están cubiertos en virtud de este beneficio, no estarán cubiertos en virtud de la sección “Cobertura de medicamentos recetados” de este Contrato.

T. Servicios de rehabilitación.

Cubrimos Servicios de rehabilitación, que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.

U. Segundas opiniones.

1. **Segunda opinión sobre el cáncer.** Cubrimos una segunda opinión médica de un especialista apropiado, que incluye, entre otros, un especialista afiliado a un centro de cuidado especializado, en el caso de un diagnóstico positivo o negativo de cáncer o una recurrencia de cáncer, o una recomendación de un curso de tratamiento para el cáncer. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor no participante dentro de la red cuando el médico responsable de su atención proporcione una remisión por escrito a un especialista no participante.
2. **Segunda opinión sobre una cirugía.** Cubrimos una segunda opinión sobre una cirugía de parte de un médico calificado con respecto a la necesidad de una cirugía.
3. **Segundas opiniones en otros casos.** Puede haber otros casos en los que usted no esté de acuerdo con el tratamiento recomendado por un proveedor. En dichos casos, usted puede solicitar que designemos a otro proveedor para que emita una segunda opinión. Si la primera y la segunda opinión no coinciden, designaremos a otro proveedor para que emita una tercera opinión. Una vez finalizado el proceso de segunda opinión, preautorizaremos los servicios cubiertos respaldados por la mayoría de los proveedores que revisen su caso.

V. Servicios quirúrgicos.

Cubrimos los servicios del médico para procedimientos quirúrgicos, incluidos procedimientos de operación y corte para el tratamiento de una enfermedad o lesión, y reducción cerrada de fracturas y luxaciones de huesos, endoscopias, incisiones, o punciones de la piel para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidos los servicios del cirujano o especialista, el ayudante (incluido el ayudante del médico o la enfermera especializada) y el anestesista o anestesiólogo, junto con los cuidados preoperatorios y posoperatorios. 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.

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

1. **A través de la misma incisión.** Si se realizan múltiples procedimientos quirúrgicos cubiertos a través de la misma incisión, pagaremos el procedimiento con el Monto permitido más alto y el 50% del monto que pagaríamos en virtud de este Contrato por los procedimientos secundarios, excepto los procedimientos secundarios que, según las reglas nacionales de codificación reconocidas, están exentas de reducciones múltiples de procedimientos quirúrgicos. No pagaremos nada por un procedimiento secundario que se facture con un procedimiento primario cuando dicho procedimiento secundario sea incidental al procedimiento primario.
2. **A través de diferentes incisiones.** Si se realizan múltiples procedimientos quirúrgicos cubiertos durante la misma sesión quirúrgica pero a través de diferentes incisiones, pagaremos:
    - El procedimiento con la cantidad autorizada máxima; y
    - El 50% de la cantidad que pagaríamos por los otros procedimientos.

Si se realizan varios procedimientos quirúrgicos cubiertos durante la misma sesión quirúrgica a través de incisiones iguales o diferentes, pagaremos lo siguiente:

- El procedimiento con la cantidad autorizada máxima; y
- El 50% de la cantidad que pagaríamos por los otros procedimientos.

W. Cirugía oral.

Cubrimos los siguientes procedimientos quirúrgicos dentales y orales limitados:

- Procedimientos quirúrgicos orales para los huesos de la mandíbula o el tejido circundante, y servicios dentales para la reparación o el reemplazo de dientes naturales sanos que se requieren debido a una lesión accidental. El reemplazo solo está cubierto cuando no es posible la reparación. Los servicios dentales deben obtenerse dentro de los 12 meses de la lesión.
- Procedimientos quirúrgicos orales para los huesos de la mandíbula o el tejido circundante y servicios dentales necesarios debido a enfermedad o anomalía congénitas.
- Procedimientos quirúrgicos orales requeridos para la corrección de una condición fisiológica no dental que generó un deterioro funcional grave.
- Extirpación de tumores o quistes que requieren examen patológico de las mandíbulas, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar y la base de la boca. Los quistes relacionados con los dientes no están cubiertos.
- Procedimientos médicos quirúrgicos/no quirúrgicos para trastornos de la articulación temporomandibular y cirugía ortognática.

X. Cirugía reconstructiva de mamas.

Cubrimos la cirugía de reconstrucción del seno o de la pared torácica después de una mastectomía o mastectomía parcial. La cobertura incluye todas las fases de reconstrucción de la mama en las que se ha realizado la mastectomía total o parcial; cirugía y reconstrucción de la otra mama o pared torácica para producir un aspecto simétrico; y las complicaciones físicas de la mastectomía total o parcial, incluidos los linfedemas, de una manera que usted y médico responsable de su atención determinen como apropiadas. La cirugía de reconstrucción de la pared torácica incluye el cierre plano estético según la definición del Instituto Nacional del Cáncer. La cirugía de reconstrucción del

seno o de la pared torácica incluye el tatuaje del complejo pezón-areola si dicho tatuaje lo realiza un Profesional de atención médica. También cubrimos las prótesis de mama implantadas después de una mastectomía total o parcial.

Y. Otras cirugías reconstructivas y correctivas.

Cubrimos cirugías reconstructivas y correctivas que no sean la cirugía reconstructiva de mama solo en los siguientes casos:

- Cuando se lleva a cabo para corregir un defecto congénito de un niño cubierto que ha provocado un defecto funcional;
- Cuando es incidental a la cirugía o se hace después de la cirugía que fue necesaria por traumatismo, infección o enfermedad de la parte implicada; o
- Cuando es médicamente necesaria.

Z. Programa de telemedicina.

Además de proporcionar Servicios cubiertos a través de telesalud, cubrimos las consultas en línea por Internet entre usted y los proveedores que participan en nuestro programa de telemedicina para afecciones médicas que no son una Condición de emergencia. No todos los Proveedores participantes participan en nuestro programa de telemedicina. Puede consultar nuestro directorio de proveedores o ponerse en contacto con nosotros para obtener una lista de los proveedores que participan en nuestro programa de telemedicina.

aa. Trasplantes.

Cubrimos solamente aquellos trasplantes que se determine que no son experimentales ni parte de una investigación. Los trasplantes cubiertos incluyen, entre otros, trasplantes de riñón, córnea, hígado, corazón, páncreas y pulmón; y trasplantes de médula ósea.

Todos los trasplantes deben ser prescritos por su(s) especialista(s). Además, todos los trasplantes deben realizarse en los hospitales que hemos aprobado y designado específicamente para realizar estos procedimientos.

Cubrimos los gastos de hospital y médicos, incluidos los honorarios de búsqueda de donantes, del suscriptor receptor. Cubrimos los servicios de trasplante requeridos por usted cuando usted es donante de órganos, solo si el receptor está cubierto por nosotros. No cubrimos los gastos médicos de una persona no cubierta que actúe como donante para usted, si los gastos de la persona no cubierta se cubrirán en virtud de otro plan de salud o programa.

No cubrimos: gastos de traslado, alojamiento, comidas u otras adaptaciones para donantes o receptores; honorarios de donantes en relación con la cirugía de trasplante de órganos; o recolección y almacenamiento rutinario de células madre de sangre del cordón umbilical del recién nacido.

Sección X

Beneficios, equipos y dispositivos adicionales

Consulte la sección Programa de beneficios de este contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de preautorización o remisión que se aplique a estos beneficios.

A. Equipo, suministros e información de autocontrol para personas con diabetes.

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

1. **Equipo y suministros.**

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

   - Tiras reactivas de acetona
   - Tabletas reactivas de acetona
   - Alcohol o peróxido por pinta
   - Toallitas de alcohol
   - Todas las preparaciones de insulina
   - Kit de lancetas de sangre automáticas
   - Cartuchos para personas con discapacidad visual
   - Sistemas de gestión de datos sobre diabetes
   - Insulina desechable y cartuchos para pluma
   - Dispositivos de dibujo para personas con discapacidad visual
   - Equipo para el uso de la bomba
   - Glucagón inyectable para aumentar la concentración de glucosa en sangre
   - Tiras reactivas de acetona para glucosa
   - Kit de glucosa
   - Monitor de glucosa en sangre con o sin características especiales para personas con deficiencias visuales, soluciones de control y tiras para el monitor de glucosa en sangre en casa
   - Cinta para reactivos de glucosa
   - Prueba de glucosa o tiras reactivas
   - Artículos para inyección
   - Inyector automático (Busher)
   - Insulina
   - Suministro de cartucho de insulina
   - Dispositivos de infusión de insulina
   - Bomba de insulina
   - Lancetas
   - Agentes orales como tabletas y geles de glucosa
   - Agentes orales antidiabéticos utilizados para reducir los niveles de azúcar en la sangre
   - Jeringa con aguja, caja estéril de 1 cc
   - Productos de análisis de orina para glucosa y cetonas
   - Suministros adicionales, según el Comisionado de Salud del Estado de Nueva York los designe por reglamento como apropiados para el tratamiento de la diabetes.

   Los equipos médicos 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 la autogestión.**

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

   - Por parte de un médico, otro proveedor de atención médica autorizado a recetar en virtud del 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 autorizado a recetar en virtud del Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York a los siguientes educadores médicos que no son médicos: enfermeras educadoras certificadas en diabetes, nutricionistas certificados, dietistas certificados y dietistas registrados en un entorno de grupo cuando sea factible; y
   - La educación también será proporcionada en su hogar cuando sea médicamente necesario.

3. **Limitaciones.**

   Los elementos solo se proporcionarán en cantidades que se ajusten al 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 relacionadas con visión deficiente la ceguera, o que sea médicamente necesario.

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

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

   Si un protocolo de terapia progresiva se aplica a su solicitud de cobertura de un Medicamento recetado para personas con diabetes, usted, su persona designada o su Profesional de atención médica pueden solicitar una determinación de anulación de la terapia progresiva, tal como se describe en la sección Revisión de la utilización de este Contrato. No agregaremos requisitos de terapia progresiva a un Medicamento recetado para personas con diabetes en nuestro Formulario durante un Año del plan a menos que los requisitos se agreguen de conformidad con las preocupaciones de seguridad de la FDA.

B. Equipo médico duradero y aparatos ortopédicos.

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

1. **Equipo médico duradero.**

   El equipo médico duradero es un equipo que cumple con las siguientes condiciones:

   - Está diseñado y previsto para uso reiterado;
   - Se utiliza sobre todo y habitualmente para un propósito médico;
   - Por lo general, no es útil para una persona que no tiene una enfermedad o lesión; y
   - Es apropiado para su uso en el hogar.

   La Cobertura es solo para equipos estándar. Cubrimos el costo de la reparación o sustitución cuando sea necesario debido al desgaste normal. No cubrimos el costo de la reparación

o sustitución que sea el resultado de un uso incorrecto o abuso por parte del usuario. Determinaremos si alquilar o comprar dicho equipo. No cubrimos equipo médico duradero de venta libre.

No cubrimos los equipos diseñados para su comodidad o conveniencia (por ejemplo, piscinas, bañeras de hidromasaje, aire acondicionado, saunas, humidificadores, deshumidificadores, equipos de ejercicio), ya que no cumplen la definición de equipo médico duradero.

2. **Frenillos.**

   Cubrimos aparatos ortopédicos, incluidos aparatos ortóticos que se usan externamente y que ayudan de forma provisional o permanente a la totalidad o parte de una función corporal externa, en caso de incapacitación o daño debido a una lesión, una enfermedad o un defecto. La Cobertura es solo para equipos estándar. Cubrimos los reemplazos cuando el desarrollo o un cambio en su afección médica hacen que sea necesario reemplazarlos. No cubrimos el costo de la reparación o sustitución que sea el resultado de un uso incorrecto o abuso por parte del usuario.

C. Audífonos.

1. **Aparatos auditivos externos.**

   Cubrimos aparatos auditivos si se requieren para corregir un impedimento auditivo (una disminución en la capacidad para percibir sonidos que pueden variar de una sordera leve a completa). Los aparatos auditivos son dispositivos electrónicos de amplificación diseñados para permitir que el sonido se perciba mejor. Un aparato auditivo consta de un micrófono, un amplificador y un receptor.

   Los servicios cubiertos están disponibles para un aparato auditivo que se adquiere por recomendación escrita de un médico e incluyen el aparato auditivo y los cargos por ajuste y prueba asociados. Cubrimos una sola compra (que incluye la reparación y/o el reemplazo) de aparatos auditivos para un (1) oído o ambos una vez cada tres (3) años.

2. **Implantes cocleares.**

   Cubrimos aparatos auditivos anclados al hueso (es decir, implantes cocleares) cuando son médicamente necesarios para corregir un impedimento auditivo. Algunos ejemplos de casos en los que los aparatos auditivos anclados al hueso son médicamente necesarios incluyen los siguientes:

   - Anomalías craneofaciales donde los canales auditivos tienen anomalías o no existen, lo que impide el uso de un aparato auditivo portátil; o
   - Pérdida grave de la audición que no se podría corregir de forma adecuada con un aparato auditivo portátil.

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

3. **Audífonos de venta libre.**

   Cubrimos los audífonos de venta libre recomendados por un Proveedor. También cubrimos cualquier costo asociado a la adaptación y prueba de dichos audífonos. Consulte la sección Programa de prestaciones del presente contrato para conocer los requisitos o límites de gastos compartidos que se aplican a los audífonos de venta libre.

D. Cuidados paliativos.

El cuidado paliativo está disponible si su médico de atención primaria ha certificado que tiene seis (6) meses o menos de vida. Cubrimos el cuidado paliativo para pacientes internados en un hospital o centro de cuidado paliativo y los servicios de atención domiciliaria y ambulatorios proporcionados por el centro de cuidado paliativo, lo cual incluye medicamentos y suministros médicos. Se proporciona cobertura para 210 días de cuidado paliativo. También cubrimos cinco (5) consultas de cuidado de apoyo y orientación con el propósito de ayudarlo a usted y a sus familiares más cercanos a hacer frente a los problemas emocionales y sociales relacionados con su muerte, ya sea antes o después de que esta ocurra.

Cubrimos el cuidado paliativo solo cuando se proporciona como parte de un programa de cuidado paliativo certificado de conformidad con el Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de Nueva York. Si se proporciona cuidado fuera del Estado de Nueva York, el centro de cuidado paliativo debe certificarse de conformidad con un proceso de certificación similar requerido por el estado en el cual se encuentra el centro de cuidado paliativo. No cubrimos lo siguiente: arreglos fúnebres; asesoramiento pastoral, financiero o legal; o ama de casa, cuidador o servicios de cuidado de respiro.

E. Suministros médicos.

Cubrimos los suministros médicos necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta en virtud de este Contrato. También cubrimos los suministros de mantenimiento (p. ej., suministros de ostomía) para las afecciones cubiertas en virtud de este Contrato. Todos estos suministros deben brindarse en la cantidad apropiada para el programa de tratamiento o mantenimiento en curso. No cubrimos suministros médicos de venta libre. Consulte la sección Equipo médico, suministros y educación de autogestión para diabéticos que figura anteriormente con el fin de obtener una descripción de la Cobertura de suministros para diabéticos.

F. Prótesis.

1. **Dispositivos ortopédicos externos.**

   Cubrimos dispositivos ortopédicos (incluidas pelucas) que se usan externamente y que reemplazan, de forma provisional o permanente, una parte del cuerpo externa de manera parcial o total en caso de incapacitación o daño debido a una lesión o enfermedad. Cubrimos pelucas solo cuando usted tiene una pérdida importante del cabello debido a una lesión o enfermedad o como un efecto secundario del tratamiento de una enfermedad (p. ej., quimioterapia). No cubrimos pelucas hechas de pelo humano, a menos que tenga alergia a todos los materiales con los que se hacen las pelucas sintéticas.

   No cubrimos dentaduras postizas u otros dispositivos dentales relacionados, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental en los dientes naturales y sanos o debido a una enfermedad o anomalía congénita.

   Los anteojos y lentes de contacto no se cubren en virtud de esta sección del Contrato y solo se cubren en virtud de la sección Cuidado para la vista de este Contrato.

   No cubrimos plantillas.

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

   La Cobertura es solo para equipos estándar.

   Cubrimos el costo de un (1) dispositivo ortopédico, por extremidad, de por vida. También cubrimos los costos de reparación y reemplazo del dispositivo ortopédico y sus piezas. No cubrimos el costo de reparación o reemplazo cubierto por la garantía ni tampoco si la reparación o el reemplazo se debe a que lo utilizó mal o de forma indebida.

2. **Dispositivos protésicos internos.**

   Cubrimos los dispositivos ortopédicos implantados quirúrgicamente y los aparatos especiales si mejoran o restauran la función de una parte corporal interna que se ha extirpado o dañado debido a una enfermedad o lesión. Esto incluye prótesis mamarias implantadas después de una mastectomía o mastectomía parcial de una manera que usted y el médico responsable de su atención consideren apropiada.

   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 Programa de beneficios de este contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de preautorización o remisión que se aplique a estos beneficios.

A. Servicios hospitalarios.

Cubrimos los servicios hospitalarios para pacientes internados en el caso de cuidados intensivos o tratamiento administrados o solicitados por un profesional de atención médica en caso de una enfermedad o lesión grave que necesita hospitalización. Estos servicios incluyen los siguientes:

- Habitación semiprivada y comidas;
- Atención general, especial y crítica de enfermería;
- Comidas y dietas especiales;
- El uso de salas y equipos cistoscópicos, de recuperación y de operación;
- El uso de unidades y equipos de cuidados intensivos, cuidados especializados o cuidados cardíacos;
- Elementos de diagnóstico y terapéuticos, como medicamentos y medicinas, sueros, productos biológicos y vacunas, preparados intravenosos, tintes de visualización y administración, incluidos, entre otros, aquellos que no están disponibles comercialmente para su compra y que el hospital puede obtener con facilidad;
- Apósitos y yesos;
- Suministros y el uso de equipos relacionados con oxígeno, anestesia, fisioterapia, quimioterapia, electrocardiógrafos, electroencefalógrafos, radiografías y radioterapia, exámenes de laboratorio y exámenes patológicos;
- Sangre y hemoderivados, excepto cuando usted pueda participar en un programa voluntario de reposición de sangre;
- Radioterapia, tratamiento de inhalación, quimioterapia, rehabilitación pulmonar, terapia de infusión y rehabilitación cardíaca;
- Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional a corto plazo; y
- Todo servicio y suministro médico adicional que se le brinda mientras es un paciente interno registrado y que el hospital factura.

Los requisitos de costos compartidos en la sección Lista de beneficios de este Contrato se aplican a una internación hospitalaria continua, que son días consecutivos de servicio hospitalario recibido como paciente internado o internaciones sucesivas al alta y reingreso al Hospital que ocurren dentro de un período de no más de 90 días por la misma causa o conexas.

B. Servicios de observación.

Cubrimos los servicios de observación en un Hospital. Los servicios de observación son servicios ambulatorios del Hospital que se brindan para ayudar a un Médico a decidir si debe internarlo o darle de alta. Estos servicios incluyen el uso de una cama y el monitoreo periódico por parte de personal de enfermería u otro personal autorizado.

C. Servicios médicos para pacientes hospitalizados.

Cubrimos las consultas médicas con un profesional de atención médica cualquier día de atención durante la hospitalización que se cubra en virtud de este Contrato.

D. Hospitalización para atención de maternidad.

Cubrimos la atención de maternidad en un Hospital para la madre y la atención en un Hospital para el bebé durante al menos 48 horas después de un parto normal y al menos 96 horas después de un parto por cesárea, independientemente de si dicha atención es Médicamente necesaria. La cobertura proporcionada incluye educación, asistencia y entrenamiento para los padres sobre la lactancia o

la alimentación con biberón, y la realización de toda prueba clínica materna y neonatal necesaria. También cubrimos todo día adicional de dicho cuidado que determinemos que es médicamente necesario. En caso de que la madre decida abandonar el hospital y solicite una consulta de atención domiciliaria antes de que finalice el período de cobertura mínima de 48 o 96 horas, cubriremos una consulta de atención domiciliaria. La consulta de atención domiciliaria se proporcionará dentro de las 24 horas posteriores al alta de la madre, o cuando la madre la solicite, lo que ocurra más tarde. Nuestra cobertura de esta consulta de atención domiciliaria será adicional a las consultas de atención médica domiciliaria en virtud de este Contrato y no estará sujeta a ningún monto por costos compartidos que se indique en la sección Programa de Beneficios en este Contrato que aplique a los beneficios de atención domiciliaria.

También cubrimos el uso hospitalario de leche materna de donante pasteurizada (que puede incluir fortificadores) que un Profesional de atención médica ha recetado para un bebé que, de forma médica o física, no puede recibir leche materna, no puede participar en la lactancia, cuya madre es médica o físicamente incapaz de producir leche materna o lo hace en cantidad suficiente, o que no puede participar en la lactancia a pesar del apoyo óptimo a la lactancia. Dicho bebé debe tener un peso al nacer documentado inferior a mil quinientos gramos, o una afección congénita o adquirida que lo ponga en un riesgo elevado de padecer enterocolitis necrosante.

E. Hospitalización para cuidados por mastectomía.

Cubrimos los servicios de hospitalización para los suscriptores que se someten a una disección de ganglios linfáticos, tumorectomía, mastectomía o mastectomía parcial para el tratamiento contra el cáncer de mama y toda complicación física que surja de la mastectomía, incluido el linfedema, durante un período que usted y su médico tratante determinen que es médicamente apropiado.

F. Servicios de bancos de sangre autóloga.

Cubrimos los servicios de bancos de sangre autólogos solo cuando se brindan en relación con un procedimiento programado y cubierto que requiere hospitalización para el tratamiento de una enfermedad o lesión. En tales casos, cubrimos los costos de almacenamiento durante un período de almacenamiento razonable que sea apropiado para que la sangre esté disponible cuando sea necesario.

G. Servicios de habilitación.

Cubrimos Servicios de recuperación de habilidades para paciente hospitalizados, que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.

H. Servicios de rehabilitación.

Cubrimos Servicios de rehabilitación para paciente hospitalizados, que consisten en fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.

Solo cubrimos la terapia del habla y la fisioterapia en los siguientes casos:

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

Los servicios de rehabilitación cubiertos deben comenzar dentro de los seis (6) meses siguientes a la última de estas fechas:

1. La fecha de la lesión o enfermedad que causó la necesidad de la terapia;
2. La fecha en que usted recibe el alta de un hospital donde recibió el tratamiento quirúrgico; o
3. La fecha en que se presta la atención de cirugía ambulatoria.

I. Centro de enfermería especializada.

Cubrimos los servicios prestados en un centro de enfermería especializada, que incluyen el cuidado y el tratamiento en una habitación semiprivada, como se describe anteriormente en "Servicios hospitalarios". El cuidado de custodia, convalecencia o domiciliario no está cubierto (consulte la sección Exclusiones y limitaciones de este Contrato). La hospitalización en un centro de enfermería especializada debe contar con el apoyo de un plan de tratamiento preparado por su proveedor y aprobado por nosotros. Cubrimos hasta 200 días por año del plan para el cuidado sin custodia.

J. Atención al final de la vida.

Si se le diagnostica cáncer avanzado y tiene menos de 60 días de vida, cubriremos el cuidado intensivo proporcionado en un centro autorizado de conformidad con el Artículo 28 o un centro de cuidado intensivo que se especializa en el cuidado de pacientes terminales. Su médico tratante y el director médico del centro deben estar de acuerdo en que su cuidado se proporcionará de forma apropiada en el centro. Si no estamos de acuerdo con su internación en el centro, tenemos el derecho de iniciar una apelación acelerada externa a un agente de apelación externa. Cubriremos y reembolsaremos al centro por su cuidado, sujeto a cualquier limitación aplicable en este Contrato, hasta que el agente de apelación externa tome una decisión a nuestro favor.

Reembolsaremos a los proveedores no participantes por este cuidado al final de su vida de la siguiente manera:

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

K. Limitaciones/Términos de cobertura.

1. Cuando reciba atención durante hospitalización en un centro, no cubriremos cargos adicionales por enfermería especializada, cargos por habitaciones privadas (a menos que una habitación privada sea médicamente necesaria), medicamentos ni suministros que se lleve a su hogar del centro. Si usted ocupa una habitación privada y la habitación privada no es médicamente necesaria, nuestra cobertura se basará en el cargo máximo por habitación semiprivada del centro. Usted tendrá que pagar la diferencia entre ese cargo y el cargo por habitación privada.
2. No cubrimos los gastos de radio, teléfono o televisión, ni servicios de belleza o peluquería.

Sección XII

Servicios de atención de salud mental y para el trastorno por consumo de sustancias

Consulte la sección Programa de beneficios de este Contrato para conocer los requisitos de costos compartidos, los límites de días o visitas, y cualquier requisito de preautorización o remisión que se aplique a estos beneficios, que no sea más restrictivo que los que aplican a los beneficios médicos y quirúrgicos de conformidad con la Ley Federal de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones del 2008.

A. Servicios de atención de salud mental. Cubrimos los siguientes servicios de salud mental para tratar una enfermedad mental. A los efectos de este beneficio, "enfermedad mental" significa cualquier trastorno de salud mental según se define en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales o la edición más reciente de otro estándar independiente generalmente reconocido de la práctica médica actual, como la Clasificación Internacional de Enfermedades.

1. **Servicios de internación.** Cubrimos servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de afecciones de salud mental comparables a otras coberturas hospitalarias, médicas y quirúrgicas similares proporcionadas en virtud de este Contrato. La cobertura de los servicios de atención mental para pacientes internados se limita a los Centros definidos en el Artículo 1.03(10) de la Ley de Higiene Mental de Nueva York, como los siguientes:
   - Un centro psiquiátrico o un centro para pacientes internados bajo la jurisdicción de la Oficina de Salud Mental del estado de Nueva York (New York State Office of Mental Health);
   - Un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados administrado por un Gobierno estatal o local;
   - Un área de un hospital que proporciona servicios de atención mental para pacientes hospitalizados conforme a un permiso de funcionamiento emitido por el Comisionado de Salud Mental del Estado de Nueva York;
   - Un programa integral de emergencia psiquiátrica u otro Centro que proporcione atención de salud mental para pacientes hospitalizados con un permiso de funcionamiento emitido por el Comisionado de Salud Mental del Estado de New York; y, en otros estados, Centros autorizados o certificados de manera similar.

   También cubrimos servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de afecciones de salud mental recibidos en centros que brindan tratamiento residencial, incluidos los cargos de alojamiento y comida. La cobertura de los servicios de tratamiento residencial se limita a los centros definidos en la Sección 1.03 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York y a los centros de tratamiento residencial que forman parte de un centro de atención integral para trastornos alimentarios identificados de conformidad con el Artículo 30 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York; y, en otros estados, a instalaciones que tienen licencia o certificación para ofrecer el mismo nivel de tratamiento. En ausencia de un Centro con licencia o certificación que proporciona el mismo nivel de tratamiento, el Centro debe estar acreditado por la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias) o por una organización nacional de acreditación reconocida por nosotros.
2. **Servicios para pacientes ambulatorios.** Cubrimos los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, que incluyen, entre otros, servicios de programas de hospitalización parcial y servicios de programas ambulatorios intensivos, relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Cubrimos hasta un total de 20 visitas de asesoramiento familiar durante un Año del Plan. El asesoramiento familiar incluye las visitas de asesoramiento familiar con el afiliado presente y las visitas de asesoramiento familiar sin el afiliado presente. La cobertura de servicios ambulatorios para atención de salud mental incluye instalaciones a las que se les ha emitido un certificado de funcionamiento de conformidad con el artículo 31 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York o son operados por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, y centros de estabilización de crisis con licencia de conformidad con la Ley

de Higiene Mental de Nueva York. Sección 36.01 de la Ley y, en otros estados, a Instalaciones certificadas o con licencia similar; y servicios proporcionados por un psiquiatra o psicólogo autorizado; un trabajador social clínico autorizado; una enfermera practicante autorizada; un consejero de salud mental autorizado; un terapeuta matrimonial y familiar autorizado; un psicoanalista autorizado; una corporación profesional o su corporación de práctica de profesores universitarios. Cubrimos, previa remisión de un Médico, exámenes neuropsicológicos integrales para la dislexia cuando los realiza un Profesional de atención médica. Los servicios ambulatorios también incluyen asesoramiento nutricional para tratar una enfermedad mental.

3. **Servicios móviles de crisis.** Cubrimos los servicios móviles de crisis para brindar apoyo inmediato y ofrecer alternativas a la hospitalización cuando corresponda. Los servicios móviles de crisis son proporcionados por un equipo móvil de crisis con licencia, certificado o autorizado por la oficina de salud mental y la oficina de servicios y apoyo a las adicciones para proporcionar intervenciones de salud mental o trastorno por consumo de sustancias basadas en la comunidad para personas que están experimentando una crisis de salud mental o trastorno por consumo de sustancias. Los miembros de un equipo móvil de crisis pueden incluir, entre otros: profesionales de la salud conductual, especialistas certificados en apoyo entre pares, defensores certificados en recuperación entre pares, defensores acreditados en apoyo familiar entre pares y defensores acreditados en apoyo juvenil entre pares. El reembolso de los servicios móviles de crisis por parte de los proveedores fuera de la red se reembolsará a la misma tasa que los proporcionados por los proveedores participantes. Los servicios móviles de crisis no estarán sujetos a los requisitos de autorización previa.

4. **Trastorno del espectro autista.** Cubrimos los siguientes servicios cuando sean prescritos o solicitados por un médico o psicólogo autorizados, y nosotros determinemos que son médicamente necesarios para la detección, el diagnóstico o el tratamiento del trastorno del espectro autista. A efectos de este beneficio, "trastorno del espectro autista" se refiere a cualquier trastorno generalizado del desarrollo definido en la edición más reciente del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en el momento en que se prestan los servicios.

    1. **Detección y diagnóstico.** Cubrimos exámenes, evaluaciones y pruebas destinados a determinar si alguien tiene trastorno del espectro autista.

    2. **Dispositivos de comunicación de asistencia.** Cubrimos una evaluación formal por un patólogo del habla y del lenguaje para determinar la necesidad de un dispositivo de comunicación de asistencia. Sobre la base de la evaluación formal, cubrimos el alquiler o la compra de dispositivos de comunicación de asistencia cuando los solicite o prescriba un médico o un psicólogo autorizados, destinados a miembros que no puedan comunicarse por medios normales (es decir, el habla o la escritura), cuando en la evaluación se indique que es probable que un dispositivo de comunicación de asistencia proporcione al miembro una mejor comunicación. Algunos ejemplos de dispositivos de comunicación de asistencia son los paneles de comunicación y los dispositivos generadores del habla. La cobertura se limita a los servicios exclusivos. Solo cubriremos dispositivos que generalmente no son útiles para una persona si no existe un impedimento de comunicación. No cubriremos elementos como computadoras portátiles, computadoras de escritorio o tabletas, entre otros. Cubriremos el software y/o las aplicaciones que permitan que una computadora portátil, una computadora de escritorio o una tableta funcione como dispositivo de generación del habla. La instalación del programa y/o la asistencia técnica no se reembolsa por separado. Determinaremos si el dispositivo debe comprarse o alquilarse.

        Cubrimos la reparación, la sustitución y el ajuste de dichos dispositivos cuando sea necesario por desgaste normal o cambio significativo en su estado físico. No cubrimos el costo de la reparación o el reemplazo necesarios debido a la pérdida o los daños causados por un uso incorrecto, un tratamiento incorrecto o un robo; sin embargo, cubrimos una (1) reparación o un (1) reemplazo por tipo de dispositivo que sean necesario debido a problemas conductuales. Se proporcionará cobertura para el dispositivo más apropiado según su nivel funcional actual. No cubrimos los cargos de entrega o servicio ni el mantenimiento de rutina.

    3. **Tratamiento de salud conductual** Cubrimos programas de asesoramiento y tratamiento necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, en la mayor medida posible, el funcionamiento de una persona. Proporcionaremos dicha cobertura cuando al servicio

lo preste un proveedor autorizado. Cubrimos el análisis conductual aplicado cuando lo proporciona un profesional de atención médica autorizado o certificado en análisis conductual aplicado. "Análisis conductual aplicado" significa el diseño, la implementación y la evaluación de modificaciones ambientales, utilizando estímulos y consecuencias conductuales, para producir mejoras socialmente significativas en la conducta humana, incluidos el uso de la observación directa, la medición y el análisis funcional de la relación entre el entorno y la conducta.

4. **Atención psiquiátrica y psicológica.** Cubrimos servicios directos o consultivos proporcionados por un psiquiatra, psicólogo o un trabajador social clínico autorizado con la experiencia requerida por la Ley de Seguros de Nueva York, autorizados en el estado en el que están ejerciendo.
5. **Atención terapéutica.** Cubrimos servicios terapéuticos necesarios con el fin de desarrollar, mantener o restaurar, en la mayor medida posible, el funcionamiento de una persona cuando dichos servicios sean prestados por terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales autorizados o certificados para tratar el trastorno del espectro autista y cuando los servicios proporcionados por dichos proveedores estén cubiertos de otra manera en virtud de este Contrato. Salvo que la ley lo prohíba, los servicios proporcionados de conformidad con este apartado se incluirán en cualquier número máximo de consultas aplicable a los servicios de terapeutas o trabajadores sociales en virtud de este Contrato.
6. **Atención de farmacia.** Cubrimos medicamentos recetados con el fin de tratar el trastorno del espectro autista que sean prescritos por un proveedor legalmente autorizado a prescribir conforme el Título 8 de la Ley de Educación de Nueva York. La cobertura de tales medicamentos recetados está sujeta a todos los términos, las disposiciones y las limitaciones que se aplican a los beneficios de medicamentos recetados en virtud de su Contrato.
7. **Limitaciones.** No cubrimos ningún servicio o tratamiento arriba establecido cuando sea proporcionado de conformidad con un plan de educación personalizado en virtud de la Ley de Educación de Nueva York. La prestación de servicios de conformidad con un plan de servicios familiares individualizado según la Sección 2545 de la Ley de Salud Pública de Nueva York, un plan de educación individualizado según el Artículo 89 de la Ley de Educación de Nueva York o un plan de servicios individualizado de conformidad con las regulaciones de la Oficina para Personas con Enfermedades del Desarrollo del Estado de Nueva York. Las discapacidades no afectarán la cobertura en virtud de este Contrato para los servicios prestados de forma complementaria fuera de un entorno educativo si dichos servicios son recetados por un médico o psicólogo autorizado.

   Usted es responsable de cualquier disposición de copago o coseguro aplicable en virtud de este Contrato por servicios similares. Por ejemplo, cualquier copago o coseguro que se aplique a las visitas de fisioterapia generalmente también se aplicará a los servicios de fisioterapia cubiertos en virtud de este beneficio; y cualquier copago o coseguro por medicamentos recetados generalmente también se aplicará a medicamentos recetados cubiertos en virtud de este beneficio. Consulte la sección "Programa de beneficios" de este Contrato para conocer los requisitos de costos compartidos que se aplican a los servicios de análisis conductual aplicado y a los dispositivos de comunicación asistida.

B. Servicios relacionados con el consumo de sustancias. Cubrimos los siguientes servicios de consumo de sustancias para tratar un trastorno por consumo de sustancias. A los efectos de este beneficio, "trastorno por uso de sustancias" significa cualquier trastorno por uso de sustancias según se define en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales.

1. **Servicios de internación.** Cubrimos los servicios relacionados con el consumo de sustancias prestados a pacientes hospitalizados relacionados con el diagnóstico y tratamiento de un trastorno por consumo de sustancias. Esto incluye la cobertura de los servicios de desintoxicación y rehabilitación de los trastornos por consumo de sustancias. Los servicios por uso de sustancias para pacientes hospitalizados se limitan a instalaciones en el estado de Nueva York que están autorizadas, certificadas o autorizadas de otro modo por la Oficina de Servicios y Apoyo a las Adicciones ("OASAS"); y, en otros estados, a aquellas Instalaciones que

están autorizadas, certificadas o autorizadas de otro modo por una agencia estatal similar y acreditadas por la Comisión Conjunta o una organización de acreditación nacional reconocida por Nosotros como programas de tratamiento de alcoholismo, consumo de sustancias o dependencia química.

También cubrimos los servicios relacionados con el consumo de sustancias para pacientes hospitalizados relativos al diagnóstico y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias recibidos en Centros que proporcionan tratamiento residencial, incluidos los cargos de habitación y comidas. La cobertura de los servicios de tratamiento residencial se limita a los centros con licencia, certificados o autorizados de otro modo por la OASAS y, en otros estados, a los centros con licencia, certificados o autorizados de otro modo por un organismo estatal similar y acreditados por la Comisión Conjunta o una organización nacional de acreditación reconocida por Nosotros como programas de tratamiento del alcoholismo, consumo de sustancias o dependencia de sustancias químicas para proporcionar el mismo nivel de tratamiento.

2. **Servicios para pacientes ambulatorios.** Cubrimos servicios ambulatorios por uso de sustancias relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos por uso de sustancias, incluidos, entre otros, servicios de programas de hospitalización parcial, servicios de programas intensivos para pacientes ambulatorios, programas de tratamiento de opioides, incluidos servicios de apoyo de pares, asesoramiento y tratamiento asistido con medicamentos. Dicha Cobertura se limita a Instalaciones en el Estado de Nueva York que están autorizadas, certificadas o autorizadas de otro modo por OASAS con el fin de brindar servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias y centros de estabilización de crisis con licencia de conformidad con la Sección 36.01 de la Ley de Higiene Mental de Nueva York y, en otros estados, a aquellos que estén autorizados, certificados o autorizados de otro modo por una agencia estatal similar y acreditados por la Comisión Conjunta o una organización de acreditación nacional reconocida por Nosotros como programas de tratamiento de alcoholismo, consumo de sustancias o dependencia química. La cobertura en un centro certificado por la OASAS incluye servicios prestados por un proveedor acreditado por la OASAS. La cobertura también está disponible en un consultorio profesional en el caso de servicios relacionados con el consumo de sustancias para pacientes ambulatorios relativos al diagnóstico y tratamiento del alcoholismo, el consumo de sustancias y la dependencia a sustancias, o por médicos a los que se les ha otorgado una exención de conformidad con la Ley Federal de Tratamientos para la Drogadicción del 2000 para recetar medicamentos estupefacientes del Anexo IV y V para el tratamiento de la adicción a los opioides durante la etapa de desintoxicación intensiva del tratamiento o durante las etapas de rehabilitación.

C. Acceso a la red para servicios de atención de la salud mental y relacionados con el consumo de sustancias.

1. **Definiciones.**

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

- **Queja relacionada con el acceso:** Su queja ante nosotros cuando no puede acceder a un Proveedor participante dentro del tiempo de espera para la cita requerido.
- **Tiempo de espera para la cita:** El tiempo desde la solicitud inicial de atención de salud mental para pacientes ambulatorios o servicios relacionados con el consumo de sustancias para pacientes ambulatorios hasta la fecha más temprana que se ofrece para la cita para los servicios.

2. **Acceso a proveedores de la red**

Cuando solicite una cita para obtener atención de salud mental como paciente ambulatorio o servicios relacionados con el consumo de sustancias como paciente ambulatorio, un Proveedor participante debe ofrecerle una cita dentro de los siguientes tiempos de espera para la cita:

- Diez (10) días hábiles para una cita inicial; y
- Siete (7) días calendario para una cita después del alta de un Hospital o una visita a la sala de emergencias.

Los plazos anteriores pueden cumplirse a través de una visita de telesalud con un Proveedor participante, a menos que solicite específicamente una visita en persona.

Contamos con personal designado para ayudarle a encontrar un Proveedor participante que pueda tratar su afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias. Puede comunicarse con nuestro personal designado llamando al (877) 751-7857.

Si no hay un Proveedor participante disponible dentro del tiempo de espera para la cita que pueda tratar su afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias, usted o la persona designada puede presentarnos una queja relacionada con el acceso llamando al (800) 223-7242 (TTY: 711), escribiéndonos a 2900 Exterior Street Suite 202 Bronx, NY10463 o de forma electrónica visitando nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com.

Una vez recibida su queja relacionada con el acceso, disponemos de tres (3) días hábiles para localizar un Proveedor participante que pueda (1) tratar su afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias, (2) cumplir con el tiempo de espera para la cita y (3) estar ubicado a una distancia razonable de usted si solicita una cita en persona (en lugar de una cita de telesalud). Si no podemos localizar un Proveedor participante que cumpla con estos requisitos, haremos lo siguiente:

- Se le notificará por teléfono, si su solicitud se realizó por teléfono, y por escrito, que puede obtener una remisión a un Proveedor no participante con el Costo compartido dentro de la red; y
- Se le aprobará una remisión a un Proveedor no participante que:
    - Pueda tratar su afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias;
    - Sea capaz de cumplir con el tiempo de espera para la cita;
    - Se encuentre a una distancia razonable de usted si solicita una cita en persona; y
    - Cobre tarifas que no sean excesivas ni irrazonables.

La remisión permanecerá vigente hasta que se produzca la primera de las siguientes situaciones:

- Los servicios ya no son Médicamente necesarios; o
- Localizamos a un Proveedor participante que:
    - Pueda tratar su afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias;
    - Sea capaz de cumplir con el tiempo de espera para la cita;
    - Se encuentre a una distancia razonable de usted si solicita una cita en persona; y
    - Pueda transferir su tratamiento al Proveedor participante, a menos que determinemos, tras consultar con su proveedor tratante, según corresponda, que dicha transferencia sería perjudicial para usted.

Los servicios cubiertos prestados por el Proveedor no participante serán cubiertos por nosotros como si fueran prestados por un Proveedor participante. Usted será responsable únicamente de cualquier costo compartido aplicable dentro de la red. Cualquier Costo compartido que se hubiera aplicado si los servicios se hubieran recibido de un Proveedor participante se aplicará a su Límite de gastos de bolsillo dentro de la red.

Consulte las secciones Revisión de utilización y Apelación externa de este Contrato para obtener información sobre su derecho a una apelación interna y a una apelación externa de nuestra determinación de que un servicio no es Médicamente necesario y la sección Reclamación de este Contrato para cualquier otra determinación.

Sección XIII

Cobertura de medicamentos recetados

Consulte la sección Programa de beneficios de este contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de preautorización o remisión que se aplique a estos beneficios.

A. Medicamentos recetados cubiertos.

Cubrimos los medicamentos recetados médicamente necesarios que, salvo que se disponga expresamente lo contrario, pueden dispensarse solo con una receta médica y cumplen los siguientes requisitos:

- Por ley deben llevar la leyenda "Precaución: La ley federal prohíbe la dispensación sin una receta médica";
- Están aprobados por la FDA;
- Un proveedor autorizado para recetar los solicita dentro del alcance de su práctica;
- Se recetan de conformidad con las pautas de administración y dosificación aprobadas de la FDA;
- Se encuentran en nuestro formulario; y
- Dispensado por una farmacia autorizada.

Los medicamentos recetados cubiertos incluyen, entre otros:

- Medicamentos recetados para el tratamiento de la diabetes que están incluidos en nuestro Formulario cuando los receta su Médico u otro Proveedor legalmente autorizado para recetar.
- Medicamentos recetados autoinyectables/autoadministrados, incluidos los dispositivos autoinyectores de epinefrina para el tratamiento de emergencia de reacciones alérgicas potencialmente mortales.
- Inhaladores (con espaciadores).
- Preparados dentales tópicos.
- Vitaminas prenatales, vitaminas con fluoruro y vitaminas individuales.
- Medicamentos contra la osteoporosis aprobados por la FDA, o equivalentes genéricos como sustitutos aprobados, para el tratamiento de la osteoporosis y que se ajusten a los criterios del programa federal Medicare o de los Institutos Nacionales de Salud.
- Fórmulas nutricionales para el tratamiento de la fenilcetonuria, la cetonuria de cadena ramificada, la galactosemia y la homocistinuria.
- Fórmulas entéricas con receta o sin receta médica para uso doméstico, administradas ya sea por vía oral o por sonda de alimentación, para las cuales un médico u otro proveedor autorizado ha emitido una orden por escrito. En la orden escrita debe constar que la fórmula enteral es Médicamente Necesaria y que se ha demostrado su eficacia como régimen de tratamiento de una enfermedad específica. Las enfermedades y trastornos específicos incluyen, entre otros: enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos o ácidos orgánicos; enfermedad de Crohn; reflujo gastroesofágico; motilidad gastroesofágica, como la pseudoobstrucción intestinal crónica; y múltiples alergias alimentarias graves. Las alergias alimentarias múltiples incluyen, entre otras: alergias mediadas por inmunoglobulina E y no mediadas por inmunoglobulina E a múltiples proteínas alimentarias; síndrome de enterocolitis grave inducida por proteínas alimentarias; trastornos eosinofílicos y absorción deficiente de nutrientes causada por trastornos que afectan a la superficie de absorción, la función, la longitud y la motilidad del tracto gastrointestinal.
- Productos alimenticios sólidos modificados que son bajos en proteínas, contienen proteínas modificadas o se basan en aminoácidos para tratar ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos y afecciones alérgicas graves a las proteínas.
- Medicamentos recetados en conjunto con el tratamiento o los servicios cubiertos en virtud del beneficio de tratamiento de la infertilidad y los servicios de preservación de la fertilidad en la sección Servicios ambulatorios y profesionales de este Contrato.
- Medicamentos oncológicos no autorizados, siempre y cuando el medicamento recetado se reconozca para el tratamiento contra el tipo específico de cáncer para el que se recetó en uno (1) de los siguientes compendios de referencia: American Hospital Formulary Service–Drug

Information; National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium; Thomson Micromedex DrugDex; Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology; u otros compendios acreditados identificados por el Secretario Federal de Salud y Servicios Humanos o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services); o recomendados en un artículo de revisión o comentario editorial en una revista profesional revisada por pares.

- Medicamento antineoplásico administrado por vía oral utilizado para matar o ralentizar el crecimiento de células cancerosas.
- Medicamentos para dejar de fumar, que incluyen medicamentos de venta libre para los cuales hay una orden escrita y medicamentos recetados por un proveedor.
- Medicamentos preventivos recetados, incluidos los medicamentos de venta libre para los cuales existe una orden escrita, proporcionados de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud ("HRSA") o que tienen una "A" o "B" calificación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos ("USPSTF").
- Medicamentos recetados para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y la profilaxis post-exposición (PEP) para prevenir la infección por VIH.
- Medicamentos recetados para el tratamiento de trastornos de salud mental y uso 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 los medicamentos, dispositivos y otros productos anticonceptivos de venta libre, aprobados, autorizados y otorgados por la FDA y prescritos o autorizados de otro modo por la legislación estatal o federal. "Productos anticonceptivos de venta libre" se refiere a los productos previstos en las directrices generales respaldadas por la HRSA. La cobertura también incluye la anticoncepción de urgencia cuando se suministra en virtud de una receta u orden o cuando se suministra legalmente sin receta médica. Puede solicitar la cobertura de una versión alternativa de un medicamento, dispositivo y otro producto anticonceptivo según lo determine su Profesional de atención médica responsable. Puede solicitar una excepción pidiendo a su Profesional de atención médica que complete el Formulario de excepción de anticoncepción y nos lo envíe. Visite nuestro sitio web MolinaHealthcare.com o llame al (800) 223-7242 (TTY: 711) para obtener una copia del formulario o saber más sobre este proceso de excepción.

Puede solicitar una copia de nuestro formulario. Nuestro formulario también está disponible en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com. Puede preguntar si un medicamento específico está cubierto en virtud de este Contrato llamando al (800) 223–7242 (TTY: 711).

B. Resurtidos.

Cubrimos resurtidos de medicamentos recetados solo cuando se despachan en una farmacia minorista o de pedido por correo postal o en una farmacia designada según lo ordenado por un proveedor autorizado y solo después de que se haya utilizado ¾ del medicamento recetado original. Los beneficios para las renovaciones no se proporcionarán más allá de un (1) año a partir de la fecha original de la receta médica. En el caso de colirios recetados, se permite la renovación limitada de la receta médica antes del último día del período de dosificación aprobado, sin tener en cuenta las restricciones de cobertura en las renovaciones anticipadas. En la medida de lo posible, la cantidad de colirio en la renovación anticipada se limitará a la cantidad restante en la dosis que se dispensó inicialmente. Sus costos compartidos para resurtir de manera limitada es la cantidad que se aplica a cada receta médica o resurtido según se establece en la sección Programa de beneficios de este 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 reabastecimiento de 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 Nueva York, no son elegibles para este Resurtido de emergencia, incluidas las sustancias controladas de las listas II y III.

C. Información de beneficios y pagos.

1. **Gastos de costos compartidos.** Usted es responsable de pagar los costos descritos en la sección Programa de beneficios de este Contrato cuando los medicamentos recetados cubiertos se obtienen de un servicio de farmacia por correo postal, minorista o designada.

   El diseño de su plan consta de tres (3) categorías, lo que significa que sus gastos de bolsillo serán generalmente los más bajos para los medicamentos recetados de la categoría 1 y los más altos para los medicamentos recetados de la categoría 3. Sus gastos de bolsillo para los medicamentos recetados de la categoría 2 serán generalmente mayores que para la categoría 1, pero menores que para la categoría 3.

   Usted es responsable de pagar el costo total (el cargo que le cobra la farmacia) de cualquier medicamento recetado no cubierto, y nuestras tarifas contractuales (nuestro costo del medicamento recetado) no estarán disponibles para usted.

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

2. **Farmacias participantes.** En el caso de medicamentos recetados adquiridos en un servicio de farmacia participante por correo postal, minorista o designada, usted es responsable de pagar el monto más bajo de los siguientes:

   - Los costos compartidos aplicables;
   - El costo del medicamento recetado por ese medicamento recetado; o

   (Sus costos compartidos nunca excederán el cargo usual y habitual del medicamento recetado).

   En el caso de que nuestras farmacias participantes no puedan proporcionar el medicamento recetado cubierto y no puedan pedir el medicamento recetado dentro de un plazo razonable, usted puede, con nuestra autorización previa, ir a una farmacia no participante que pueda proporcionarle el medicamento recetado. Le pagaremos el costo del medicamento recetado por dicho medicamento recetado aprobado menos sus costos compartidos requeridos al recibir un formulario completo de reclamo del medicamento recetado. Comuníquese con nosotros al (800) 223-7242 (TTY: 711) o visite Nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com para solicitar aprobación.

3. **Farmacias no participantes.** No pagaremos ningún medicamento recetado que adquiera en un servicio de farmacia por correo postal o minorista no participante, excepto en los casos descritos anteriormente.

4. **Farmacias designadas.** Si necesita determinados medicamentos recetados, que incluyen, entre otros, medicamentos recetados especiales, podemos remitirlo a una farmacia designada con la cual tenemos un acuerdo para proveer esos medicamentos recetados.

   Sin embargo, si la Farmacia designada no es una farmacia minorista, también podrá obtener estos Medicamentos recetados de una farmacia minorista cuando esa farmacia minorista sea una Farmacia participante y acepte el mismo monto de reembolso que la Farmacia designada.

   Generalmente, los Medicamentos Recetados especializados son Medicamentos Recetados que están aprobados para tratar poblaciones o afecciones limitadas de pacientes; normalmente se inyectan, infunden o requieren una estrecha supervisión por parte de un proveedor; o tienen disponibilidad limitada, requisitos especiales de dispensación y entrega y/o requieren apoyo adicional para el paciente.

   Si lo remitimos una farmacia designada y decide no obtener su medicamento recetado de una farmacia designada, no tendrá cobertura para ese medicamento recetado. Sin embargo, si la Farmacia designada no es una farmacia minorista, puede obtener su Medicamento recetado en una Farmacia minorista participante que acepte el mismo monto de reembolso que la Farmacia designada no minorista.

A continuación, se muestran las clases terapéuticas de medicamentos recetados o afecciones que se incluyen en este programa:

- Edema macular relacionado con la edad;
- Anemia, neutropenia, trombocitopenia;
- cardiovascular
- Enfermedad de Crohn;
- Fibrosis Quística;
- Citomegalovirus;
- Trastornos endocrinos/trastornos neurológicos como espasmos infantiles;
- Deficiencias enzimáticas/trastornos de almacenamiento liposómico;
- Enfermedad de Gaucher;
- Hormona del crecimiento;
- Hemofilia;
- Hepatitis B, hepatitis C;
- Angioedema hereditario;
- VIH O SIDA;
- Inmunodeficiencia;
- Modulador inmunitario;
- Infertilidad;
- Sobrecarga de hierro;
- Toxicidad del hierro;
- Esclerosis múltiple;
- Oncología;
- Osteoartritis;
- Osteoporosis;
- Enfermedad de Parkinson;
- Hipertensión arterial pulmonar;
- Afección respiratoria;
- Afecciones reumatológicas y afines (artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, artritis reumatoide juvenil, psoriasis);
- Trasplante;
- Prevención del VRS.

5. **Farmacia minorista designada para medicamentos de mantenimiento.** También puede surtir su receta médica para medicamentos de mantenimiento por un suministro de hasta 90 días en una farmacia minorista designada después de un suministro inicial de 30 días. Usted es responsable de pagar el monto menor de lo siguiente:

   - El costo compartido aplicable; o
   - El costo de ese medicamento recetado.

     (Sus Costos compartidos nunca excederán el cargo usual y habitual del Medicamento recetado).

   Para aprovechar al máximo su beneficio, pídale a su proveedor que escriba su receta médica o resurtido para un suministro de 90 días, con resurtidos cuando sea apropiado (no un suministro de 30 días con tres [3] resurtidos).

   A continuación, se muestran las clases terapéuticas de medicamentos recetados o afecciones que se incluyen en este programa:

   - Asma;
   - Presión arterial;
   - Diabetes;
   - Colesterol alto.

Usted o su proveedor pueden obtener una copia de la lista de medicamentos recetados disponibles a través de una farmacia minorista designada visitando nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com o llamando al (800) 223-7242 (TTY: 711). La Lista de Medicamentos de mantenimiento se actualiza periódicamente. Visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com o llame al (800) 223-7242 (TTY: 711) para saber si un medicamento recetado en particular está en la lista de mantenimiento.

6. **Pedidos por correo. postal** Ciertos Medicamentos recetados se pueden solicitar a través de nuestra farmacia de pedido por correo postal después de un suministro inicial de 30 días, con la excepción de medicamentos, dispositivos o productos anticonceptivos que están disponibles para un suministro de 12 meses. Solo cubrimos los medicamentos que tienen una distribución restringida por parte de la FDA o que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o apoyo al paciente a través de una farmacia de pedidos por correo postal, a menos que una Farmacia minorista participante acepte el mismo monto de reembolso que la farmacia de pedidos por correo postal para su Medicamento recetado. En un servicio de farmacia por correo postal, también se pueden comprar otros medicamentos. Usted es responsable de pagar el monto menor de lo siguiente:

   - El costo compartido aplicable; o
   - El costo de ese medicamento recetado.

     (Sus Costos compartidos nunca excederán el cargo usual y habitual del Medicamento recetado).

   Para aprovechar al máximo su beneficio, pídale a su proveedor que escriba su receta médica o resurtido para un suministro de 90 días, con resurtidos cuando sea apropiado (no un suministro de 30 días con tres [3] resurtidos). Se le cobrará el costo compartido de pedido por correo postal por todas las recetas médicas o resurtidos enviadas al proveedor de pedidos por correo postal, independientemente del número de días de suministro escrito en la receta médica o el resurtido.

   Los medicamentos recetados que se compren a través del pedido por correo postal se entregarán directamente en su hogar u oficina.

   En el caso de los medicamentos recetados que tienen una distribución restringida por parte de la FDA o requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o apoyos para el paciente, puede obtener sus dos (2) primeras recetas médicas en una farmacia minorista participante. Después de sus dos (2) primeros pedidos de medicamentos recetados, deberá obtener estos Medicamentos recetados en nuestra farmacia de pedidos por correo postal, a menos que una Farmacia minorista participante acepte la misma tasa de reembolso que nuestra farmacia de pedidos por correo postal. De lo contrario, debe renunciar a la opción de obtener sus Medicamentos recetados en nuestra farmacia de pedidos por correo postal. Puede optar por no participar visitando nuestro sitio web MolinaHealthcare.com o llamando al (800) 223-7242 (TTY: 711). Debe hacerlo una vez al año.

   Proporcionaremos beneficios que se apliquen a los medicamentos dispensados por el servicio de farmacia por correo postal para los medicamentos que se compren a una farmacia minorista cuando dicha farmacia minorista tenga un acuerdo de participación con nuestro proveedor, en el que se comprometa a cumplir los mismos términos y condiciones que un servicio de farmacia por correo postal participante.

   Usted o su proveedor pueden obtener una copia de la lista de Medicamentos recetados disponibles mediante pedidos por correo postal visitando nuestro sitio web MolinaHealthcare.com o llamando al (800) 223-7242 (TTY: 711).

7. **Estado de categoría.** El estado de categoría de un Medicamento con receta puede cambiar periódicamente, pero no más de cuatro (4) veces por Año del Plan, o cuando un Medicamento de Marca esté disponible como Medicamento Genérico como se describe a continuación, según Nuestras decisiones de categorías. Estos cambios pueden ocurrir sin previo aviso. No obstante, si tiene una receta de un medicamento que va a pasar a una categoría superior, se lo notificaremos al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor. Cuando se produzcan dichos cambios, su costo compartido puede cambiar. Puede acceder al estado del nivel más actualizado en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com o llamando al (800) 223-7242 (TTY: 711).

8. **Cuando un medicamento de marca pasa a estar disponible como medicamento genérico.** Cuando un medicamento de marca se pone a disposición como medicamento genérico, la categorización del medicamento recetado de marca puede cambiar. Si esto sucede, el medicamento de marca se eliminará del Formulario y ya no tendrá beneficios para ese medicamento de marca en particular. Tenga en cuenta que si está tomando un medicamento de marca que está excluido debido a que un medicamento genérico estará disponible, recibirá un aviso por escrito del cambio con 30 días de anticipación antes de que entre en vigencia. Puede solicitar una excepción al Formulario para un Medicamento con receta que ya no está en el Formulario, como se describe a continuación y en la sección Apelación externa de este Contrato.
9. **Proceso de excepción de formulario.** Si un medicamento recetado no está en nuestro formulario, usted, persona designada o el profesional de atención médica que receta pueden solicitar una excepción de formulario para un medicamento recetado clínicamente apropiado por escrito, de forma electrónica o por teléfono. La solicitud debe incluir una declaración del profesional de atención médica que receta en la que se indique que todos los medicamentos del Formulario serán o han sido ineficaces, no serían tan eficaces como el medicamento que no se encuentra en el Formulario o podrían tener efectos adversos. Si se deniega la cobertura en virtud de nuestro proceso de excepción de formulario estándar o acelerado, usted tiene derecho a una apelación externa, como se describe en la sección Apelación externa de este Contrato. Visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com o llame al (800) 223-7242 (TTY: 711) para obtener más información sobre este proceso.

   Revisión estándar de una excepción de formulario. Tomaremos una decisión y se la notificaremos a usted o a persona designada y al profesional de atención médica que receta por teléfono en un plazo máximo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento recetado mientras lo tome, incluidas las renovaciones.

   Revisión acelerada de una excepción de formulario. Si padece una afección médica que puede poner en grave peligro su salud, su vida o su capacidad para recuperar la máxima función, o si está recibiendo un tratamiento actual con un medicamento recetado no incluido en el formulario, puede solicitar una revisión acelerada de una excepción de formulario. La solicitud debe incluir una declaración del profesional de atención médica que indique que usted podría sufrir un daño si el medicamento solicitado no se proporciona dentro de los plazos para nuestro proceso estándar de excepción de formulario. Tomaremos una decisión y se la notificaremos a usted o a persona designada y al profesional de atención médica que receta por teléfono en un plazo máximo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento recetado mientras usted padece una afección médica que puede poner en grave peligro su salud, su vida o su capacidad para recuperar la máxima función, o durante el transcurso de su tratamiento actual con el medicamento recetado que no se encuentra en el formulario.
10. **Límites de suministro.** No pagaremos un suministro mayor de 30 días de un medicamento recetado adquirido en una farmacia minorista. Usted es responsable de un (1) monto de costo compartido para un suministro de hasta 30 días. Sin embargo, para los medicamentos de mantenimiento, pagaremos hasta un suministro de 90 días de un medicamento comprado en una farmacia minorista. Usted es responsable de un (1) monto de costo compartido; hasta tres (3) montos de costo compartido para un suministro de 90 días en una farmacia minorista.

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

    Se proporcionarán beneficios para los Medicamentos recetados dispensados por un servicio de farmacia por correo postal en una cantidad de hasta 90 días de suministro. Usted es responsable de un (1) monto de costo compartido para un suministro de 30 días hasta un máximo de dos (2); 2.5 montos de costo compartido para un suministro de 90 días.

    Los medicamentos recetados especiales pueden limitarse a un suministro de 30 días cuando se obtienen en una farmacia minorista o un servicio de farmacia por correo postal. Puede acceder a nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com o llamando al (800) 223-7242 (TTY: 711) para obtener más información sobre los límites de suministro de medicamentos recetados especializados.

Algunos medicamentos recetados pueden estar sujetos a límites de cantidad en función de los criterios que hemos desarrollado, sujetos a nuestra revisión y modificación periódicas. El límite puede restringir la cantidad dispensada por receta médica y/o renovación o la cantidad dispensada por suministro mensual. Puede determinar si a un Medicamento recetado se le ha asignado un nivel de cantidad máximo para su dispensación accediendo a nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com o llamando al número que se encuentra en su tarjeta de identificación. Si denegamos una solicitud para cubrir una cantidad que excede nuestro nivel de cantidad, usted tiene derecho a una apelación de conformidad con las secciones Revisión de la utilización y Apelación externa de este Contrato.

11. **Suministro limitado inicial de medicamentos opioides recetados.** Si recibe una receta inicial limitada para un suministro de siete (7) días o menos de cualquier opioide de las categorías II, III o IV recetado para el dolor agudo y 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 recibió el suministro de siete (7) días, no será responsable de un copago adicional por el suministro restante de 30 días de ese Medicamento recetado.
12. **Costo compartido de los medicamentos contra el cáncer administrados oralmente.** Su costo compartido de los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral es al menos tan favorable para usted como el monto de costo compartido, si lo hubiera, que se aplica a los medicamentos contra el cáncer intravenosos o inyectables cubiertos en la sección Servicios ambulatorios y profesionales de este Contrato.
13. **Programa de media tableta.** Ciertos medicamentos recetados pueden ser designados como elegibles para nuestro programa voluntario de medio comprimido. Este programa ofrece la oportunidad de reducir sus gastos de bolsillo por medicamentos recetados en hasta un 50%, si usa tabletas de mayor concentración y las parte a la mitad. Si está tomando un medicamento recetado elegible y desea participar en este programa, llame a su médico para consultar si el programa de medio comprimido es apropiado para su afección. Si su médico está de acuerdo, debe escribir una nueva receta médica para su medicamento a fin de permitir su participación.

    Puede determinar si un Medicamento recetado es elegible para el programa voluntario de media tableta accediendo a nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com. o llamando al (800)-223-7242 (TTY: 711).
14. **Programa de dispensación de surtido dividido.** El programa de dispensación de surtido dividido está diseñado para evitar el desperdicio de medicamentos recetados si cambia el medicamento recetado o la dosis, o si nos comunicamos con usted y confirma que tiene medicamentos recetados sobrantes de un surtido anterior. Se ha identificado que los medicamentos recetados que se incluyen en este programa requieren un seguimiento más frecuente para controlar la respuesta al tratamiento y las reacciones. Inicialmente, recibirá un suministro para 15 días (o la cantidad apropiada de medicamento necesaria para un ciclo de tratamiento de infertilidad promedio) de su receta médica para ciertos medicamentos surtidos en una farmacia minorista designada o un servicio de farmacia por correo postal, en lugar de la receta médica completa. Inicialmente, usted paga la mitad del Costo compartido para el suministro de 30 días. Las clases terapéuticas de Medicamentos Recetados que se incluyen en este programa son: Antivirales/antiinfecciosos, infertilidad, toxicidad del hierro, trastornos mentales/neurológicos, esclerosis múltiple y oncología. Con excepción de los medicamentos para la infertilidad, este programa se aplica durante los primeros 60 días en que usted comienza un nuevo medicamento recetado. En el caso de los medicamentos para la infertilidad, el programa se aplica a su ciclo de tratamiento. Este programa no se aplicará a su solicitud ni la de su proveedor. Usted o su proveedor pueden optar por no participar visitando nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com o llamando al (800) 223-7242 (TTY: 711).

D. Administración médica.

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

1. **Preautorización.** Es posible que se necesite una preautorización para ciertos medicamentos recetados con el fin de asegurarnos de que se cumplen el uso adecuado y las pautas para la cobertura de medicamentos recetados. Cuando sea apropiado, su proveedor será responsable de obtener la preautorización para el medicamento recetado. No se requiere preautorización para los Medicamentos recetados antirretrovirales cubiertos para el tratamiento o la prevención del VIH o el SIDA y los medicamentos para tratar el trastorno por consumo de sustancias, incluidos los medicamentos para revertir una sobredosis de opioides que le recetan o le dispensan.

   Para obtener una lista de Medicamentos recetados que necesitan Preautorización, visite nuestro sitio web MolinaHealthcare.com o llame al (800) 223-7242 (TTY: 711). La lista se revisará y actualizará periódicamente. También nos reservamos el derecho de exigir preautorización para cualquier medicamento recetado nuevo en el mercado o para cualquier medicamento recetado actualmente disponible que sufra un cambio en los protocolos de receta médica y/o indicaciones, independientemente de la clasificación terapéutica, incluso si un medicamento recetado o un elemento relacionado de la lista no está cubierto en virtud de su Contrato. Su proveedor puede consultar con nosotros para averiguar qué medicamentos recetados están cubiertos.

2. **Terapia progresiva.** La terapia progresiva es un proceso en el cual es posible que usted deba usar no más de dos (2) Medicamentos recetados utilizados para tratar la misma afección médica o enfermedad antes de que cubramos otro como Médicamente necesario. Un "protocolo de terapia progresiva" se refiere a nuestra política, protocolo o programa que establece la secuencia en la que aprobamos los medicamentos recetados para su afección médica. Al establecer un protocolo de terapia progresiva, utilizaremos criterios de revisión clínica reconocidos basados en la evidencia y revisados por expertos, que también tengan en cuenta las necesidades de grupos de pacientes y diagnósticos atípicos. Controlamos ciertos medicamentos recetados para asegurarnos de que se siguen las pautas de prescripción adecuadas. Estas pautas ayudan a obtener medicamentos recetados rentables y de alta calidad. No le exigiremos que utilice un Medicamento recetado que no haya sido aprobado por la FDA para su afección médica o que no esté respaldado por las pautas actuales basadas en la evidencia para su afección médica. No aplicaremos el protocolo de terapia progresiva si no hay un equivalente terapéutico disponible para el Medicamento recetado solicitado o si tenemos documentación que demuestre que hemos cubierto el Medicamento recetado solicitado para usted en los últimos 365 días. El protocolo de terapia progresiva no se aplicará durante más de treinta días, o durante el tiempo que dure el tratamiento respaldado por las pautas de tratamiento basadas en la evidencia actual para su afección médica. Si se inscribió recientemente en virtud de este Contrato y completó un protocolo de terapia progresiva para el Medicamento recetado solicitado con un plan de salud anterior en los últimos 365 días, y usted o su proveedor nos envían información que demuestre que se completó el protocolo de terapia progresiva, nuestro protocolo de terapia progresiva no se aplicará al Medicamento recetado solicitado. Los medicamentos recetados que requieren preautorización en el programa de terapia progresiva también se incluyen en la Lista de Medicamentos con preautorización. Si un protocolo de terapia progresiva se aplica a su solicitud de cobertura de un medicamento recetado, usted, persona designada o su profesional de atención médica pueden solicitar una determinación de anulación de la terapia progresiva, tal como se describe en la sección Revisión de la utilización de este Contrato. Si cubrimos un Medicamento recetado tras una determinación de anulación de terapia progresiva, cualquier cambio en el Formulario o en la administración médica no le obligará a completar nuestro protocolo de terapia progresiva hasta que expire su determinación de anulación, a menos que exista una preocupación específica identificada y basada en la evidencia actual sobre la seguridad y exista un Medicamento recetado alternativo terapéutico.

3. **Sustitución terapéutica.** La sustitución terapéutica es un programa opcional que le informa a usted y a sus proveedores acerca de alternativas a ciertos medicamentos recetados. Podemos comunicarnos con usted y su proveedor para que conozca estas opciones. Solo usted y su proveedor pueden determinar si el sustituto terapéutico es adecuado para usted. Tenemos una lista de sustitutos terapéuticos de medicamentos, que revisamos y actualizamos periódicamente. Si tiene preguntas o problemas sobre sustitutos de medicamentos terapéuticos, visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com o llame al (800) 223-7242 (TTY: 711).

E. Limitaciones/Términos de cobertura.

1. Nos reservamos el derecho de limitar las cantidades, el suministro diario, el acceso a resurtir de manera anticipada o la duración del tratamiento para ciertos medicamentos en función de la necesidad médica, incluidas los estándares médicos aceptables y/o las pautas recomendadas por la FDA.
2. Si determinamos que usted puede estar usando un medicamento recetado de manera dañina o abusiva, o con una frecuencia dañina, su selección de farmacias participantes y proveedores que recetan puede ser limitada. Si esto sucede, es posible que le solicitemos que seleccione una única Farmacia participante y un único Proveedor que proporcionará y coordinará todos los servicios farmacéuticos futuros. Los beneficios se pagarán únicamente si utiliza la farmacia participante única seleccionada. Los beneficios se pagarán únicamente si sus pedidos de recetas o resurtidos son escritos por el Proveedor seleccionado o un Proveedor autorizado por su Proveedor seleccionado. Si no realiza una selección en un plazo de 31 días a partir de la fecha en la que le damos la notificación, seleccionaremos una Farmacia participante única para usted.
3. Los Medicamentos Recetados Compuestos estarán cubiertos únicamente cuando contengan al menos un (1) ingrediente que; el ingrediente principal es un Medicamento con receta cubierto, no son esencialmente los mismos que un Medicamento con receta de un fabricante y se obtienen en una farmacia aprobada para la preparación de medicamentos. Para todos los medicamentos recetados preparados con un costo superior a $150, se requiere una preautorización de su proveedor. Los medicamentos recetados preparados están en la categoría 3.
4. De vez en cuando, se utilizarán diversos protocolos específicos y/o generalizados de "control del uso" para garantizar el uso apropiado de los Medicamentos recetados. Dichos protocolos serán coherentes con las pautas estándar de tratamiento médico/farmacológico. La meta principal de los protocolos es proporcionar a nuestros miembros un beneficio de medicamentos recetados centrado en la calidad. En caso de que se implemente un protocolo de control del uso y esté tomando los medicamentos afectados por el protocolo, se lo notificaremos con antelación.
5. Los medicamentos inyectables (distintos de los medicamentos inyectables autoadministrados) y la insulina diabética, los hipoglucémicos orales y los suministros y equipos para diabéticos no están cubiertos por esta sección, pero sí por otras secciones de este Contrato.
6. No cubrimos los medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, a menos que se utilicen para tratar una afección, distinta de la disfunción sexual o eréctil, para la cual la Administración de Alimentos y Medicamentos haya aprobado el medicamento.
7. No cubrimos los cargos por la administración o inyección de cualquier medicamento recetado. Los medicamentos recetados que se entregan o se administran en el consultorio de un médico están cubiertos por la sección "Servicios ambulatorios y profesionales" de este Contrato.
8. No cubrimos los medicamentos que por ley no requieren receta médica, excepto los medicamentos para dejar de fumar para los cuales hay una orden escrita, los medicamentos o dispositivos preventivos de venta libre proporcionados de conformidad con las pautas integrales respaldadas por la HRSA o con una calificación "A" o "B" de la USPSTF para los cuales hay una orden escrita, o según lo dispuesto en este Contrato. No cubrimos los medicamentos recetados que tienen equivalentes de venta libre, excepto si se designan específicamente como cubiertos en el formulario de medicamentos, o según se indique de otro modo en este Contrato. Los equivalentes sin receta médica son medicamentos disponibles sin necesidad de contar con receta médica que tienen el mismo nombre/entidad química que sus homólogos con receta médica.
9. No cubrimos los medicamentos recetados que reemplazan a aquellos que se pueden haber perdido o robado.
10. No cubrimos los medicamentos recetados que se le dispensan mientras usted esté en un hospital, una residencia para ancianos, otra institución o centro; o si usted es un paciente de atención médica a domicilio, excepto en aquellos casos en los que la base del pago por parte de usted o en su nombre al hospital, la residencia para ancianos, la agencia de atención médica a domicilio o la agencia de servicios de atención médica a domicilio, u otra institución no incluye servicios para medicamentos.

11. Nos reservamos el derecho de denegar beneficios de medicamentos que no son médicamente necesarios, son experimentales o están en investigación para cualquier medicamento recetado o dispensado de manera contraria a la práctica médica estándar. Si se deniega la cobertura, usted tiene derecho a una apelación, como se describe en las secciones Revisión de la utilización y Apelación externa de este Contrato.
12. Una farmacia no está obligada dispensar una receta médica que, según el criterio profesional del farmacéutico, no se debe surtir.

F. Condiciones generales.

1. Usted debe mostrar su tarjeta de identificación a una farmacia minorista al momento de obtener su medicamento recetado o debe proporcionar a la farmacia información de identificación que podamos verificar durante el horario de atención habitual. Debe incluir su número de identificación en los formularios proporcionados por el servicio de farmacia por correo postal desde el que realiza una compra.

G. Definiciones.

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

1. **Medicamento de marca:** Es un medicamento recetado que: 1) Es fabricado y comercializado bajo una marca registrada o nombre por un fabricante de medicamento específico; o 2) Nos identificamos como un medicamento recetado de marca, según los recursos de datos disponibles. Es posible que los medicamentos recetados identificados como "de marca registrada" por el fabricante, la farmacia o su médico no estén clasificados como medicamentos de marca registrada para nosotros.
2. **Farmacia designada:** Es una farmacia que ha celebrado un acuerdo con nosotros o con una organización que contrate en nuestro nombre para proporcionar medicamentos recetados específicos, entre los que se incluyen medicamentos recetados especiales. El hecho de que una farmacia sea una farmacia participante no significa que sea una farmacia designada.
3. **Formulario:** Esta es la lista que identifica aquellos medicamentos recetados para los que puede haber cobertura disponible en virtud de este Contrato. Esta lista está sujeta a Nuestra revisión y modificación periódicas (no más de cuatro [4] veces por Año del Plan o cuando un Medicamento de Marca esté disponible como Medicamento Genérico). Para determinar qué nivel se le ha asignado a un Medicamento de Venta con Receta en particular, visite Nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com o llame al (800) 223-7242 (TTY: 711).
4. **Medicamento genérico:** Es un medicamento recetado que: 1) es químicamente equivalente a un medicamento de marca; o 2) Nos identificamos como un medicamento recetado genérico según los recursos de datos disponibles. Es posible que los medicamentos recetados identificados como "genéricos" por el fabricante, la farmacia o su médico no estén clasificados como medicamentos genéricos para nosotros.
5. **Medicamento de mantenimiento:** Es un medicamento recetado que se utiliza para tratar una afección que se considera crónica o a largo plazo y que, generalmente, requiere el uso diario de medicamentos recetados.
6. **Farmacia no participante:** Es una farmacia que no ha celebrado un acuerdo con nosotros para proporcionar medicamentos recetados a los suscriptores. No haremos ningún pago por recetas médicas o renovaciones surtidas en una farmacia no participante que no sean como se describió anteriormente.
7. **Farmacia participante:** Es una farmacia que tiene:
   - Celebró un acuerdo con nosotros o con nuestro representante para proporcionar medicamentos recetados a los miembros;
   - Acordó aceptar las tasas de reembolso especificadas para dispensar medicamentos recetados; y
   - Fue designada por nosotros como una farmacia participante.

   Una farmacia participante puede ser una farmacia minorista o un servicio de farmacia por correo postal.

8. **Medicamento recetado:** Es un medicamento, producto o dispositivo aprobado por la FDA que, en virtud de la ley federal o estatal, puede dispensarse solo de conformidad con una receta médica o renovación, y que está en nuestro Formulario. Un medicamento recetado incluye un medicamento que, debido a sus características, es apropiado para la autoadministración o administración por parte de un cuidador no calificado.
9. **Costo de los medicamentos recetados:** Es el monto, que incluye la tarifa de dispensación y cualquier impuesto sobre las ventas, según lo contratado entre nosotros y nuestro gerente de beneficios de farmacia, para un medicamento recetado cubierto dispensado en una farmacia participante. Si su Contrato incluye cobertura en Farmacias no participantes, el Costo del medicamento recetado por un Medicamento recetado dispensado en una Farmacia no participante se calcula utilizando el Costo del medicamento recetado que se aplica a ese Medicamento recetado en la mayoría de las Farmacias participantes.
10. **Receta médica o resurtido:** Es la directiva para dispensar un medicamento recetado emitida por un profesional de atención médica debidamente autorizado que actúa dentro del ámbito de su práctica.
11. **Cargo usual y habitual:** Es el cargo habitual que una farmacia cobra a las personas por un medicamento recetado sin referencia al reembolso a la farmacia por parte de terceros, según lo requerido por la Sección 6826–a de la Ley de Educación de New York.

Sección XIV

Beneficios de bienestar

A. Reembolso por gastos en centros de ejercicio.

Recibirá un reembolso parcial por ciertas tarifas de centros de ejercicio o cuotas de membresía, pero solo si dichas tarifas se pagan a centros de ejercicio que mantienen equipos y programas que promueven el bienestar cardiovascular. También reembolsaremos los honorarios pagados por clases de ejercicios (por ejemplo, yoga, Pilates, spinning).

El reembolso se limita a las visitas de entrenamiento reales. No reembolsamos lo siguiente:

- Membresía en clubes de tenis, clubes de campo, clínicas de pérdida de peso, spas o cualquier otro centro similar;
- Membresías de por vida;
- Equipo, ropa, vitaminas u otros servicios que pueda ofrecer el centro (p. ej., masajes, etc.);
- Servicios que son comodidades, tales como un gimnasio, que están incluidos en su alquiler o en los honorarios de la asociación del dueño de la propiedad.

Para ser elegible para obtener el reembolso, debe cumplir con lo siguiente:

- Ser un miembro activo del centro de ejercicio o asistir a clases en el centro de ejercicio; y
- Completar 50 consultas en un período de seis (6) meses.

Para obtener el reembolso, al final del período de seis (6) meses, debe enviar lo siguiente:

- Un formulario de reembolso completo y una copia de la factura actual de su centro que muestra la tarifa pagada por su membresía.

Una vez que recibamos el formulario de reembolso completado, recibirá un reembolso de $200 o el costo real de la membresía por un período de seis (6) meses, lo que sea menor. El reembolso debe solicitarse en un plazo de 120 días a partir del final del período de seis (6) meses. El reembolso se emitirá únicamente después de que haya completado cada período de seis (6) meses, aunque las 50 visitas se completen antes.

Sección XV

Atención para la visión

Consulte la sección Lista de beneficios de este contrato para conocer los límites de días o visitas y cualquier requisito de preautorización o referencia que se aplique a estos beneficios.

A. Atención de la vista.

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

B. Exámenes de la vista.

Cubrimos los exámenes de la vista con el propósito de determinar la necesidad de lentes correctivos y, si es necesario, para proporcionar una receta de lentes correctivos. Cubrimos un examen de la vista una (1) vez por año del plan, a menos que los exámenes más frecuentes sean médicamente necesarios y esto se evidencie con la documentación apropiada. El examen de la vista puede incluir, entre otras cosas, lo siguiente:

- Historial del caso;
- Examen externo o examen interno del ojo;
- Examen oftalmoscópico;
- Determinación del estado refractivo;
- Distancia binocular;
- Pruebas de tonometría para el diagnóstico de glaucoma;
- Pruebas de campo visual y de visión del color; y
- Resumen de los hallazgos y recomendaciones para lentes correctivos.

C. Lentes y monturas recetados.

Cubrimos lentes o lentes de contacto recetados estándar una (1) vez por año del plan, a menos que sea médicamente necesario que usted tenga lentes o lentes de contacto nuevos con más frecuencia, como lo demuestra la documentación apropiada. Los lentes recetados pueden estar hechos de vidrio o plástico.

También cubrimos las monturas estándar apropiadas para los lentes una (1) vez por año del plan, a menos que sea médicamente necesario que usted tenga monturas nuevas con más frecuencia, como lo demuestra la documentación apropiada. Si elige una montura no estándar, pagaremos el monto que habríamos pagado por una montura estándar y usted será responsable de la diferencia en el costo entre la montura estándar y la montura no estándar. La diferencia en el costo no aplica al límite de gastos de bolsillo.

D. Cómo acceder a los servicios de la vista.

Si necesita encontrar un proveedor participante o cambiar de proveedor, llame al (800) 879-6901 (el número que figura en su tarjeta de identificación) o visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com.

Sección XVI

Beneficios adicionales para determinadas personas inscritas en Essential Plan

Consulte la sección Programa de beneficios de este contrato para conocer los requisitos de costo compartido, los límites de días o visitas y cualquier requisito de preautorización o remisión que se aplique a estos beneficios.

A. Servicios dentales

1. **Servicios dentales cubiertos.** Cubrimos servicios dentales regulares y de rutina, como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para verificar si hay cambios o anomalías que puedan requerir tratamiento y/o cuidado de seguimiento para usted. No necesita una remisión de su PCP para acudir a un dentista.

   Cubrimos las coronas cuando son médicamente necesarias. Se requiere preautorización.

   Cubrimos el tratamiento de conducto cuando es médicamente necesario.

   Cubrimos el alargamiento coronario solo cuando esté asociado a un procedimiento de corona o de conducto médicamente necesario. Se requiere preautorización.

2. **Cómo acceder a los servicios dentales.** Si necesita encontrar un dentista o cambiar de dentista, llame a Liberty Dental al (866) 609-1184 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. o llámenos al (800) 223-7242 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Los representantes del Servicio de Atención al Cliente están para ayudarle. Muchos hablan su idioma o tienen servicios que se traducirán a cualquier idioma que necesite.

3. **Servicios de ortodoncia.** La ortodoncia se cubre cuando tiene un tratamiento quirúrgico médicamente necesario, como la cirugía reconstructiva de mandíbula.

4. **Prostodoncia.** Cubrimos las dentaduras postizas removibles completas o parciales, incluso seis (6) meses de cuidados posteriores al parto cuando se requieren para aliviar una afección de salud grave o una que se determine que afecta a la empleabilidad. Este servicio requiere preautorización.

   Las dentaduras postizas completas y parciales que ya no sirvan, que hayan sido robadas o que estén perdidas o rotas no se reemplazarán durante un mínimo de ocho (8) años a partir de la colocación inicial, excepto cuando nosotros determinemos que es médicamente necesario. Las solicitudes de preautorización para dentaduras postizas de reemplazo antes de los ocho años deben incluir una carta de su dentista que explique las circunstancias específicas que hacen necesaria la sustitución de la dentadura postiza. Si se solicita el reemplazo de la dentadura postiza dentro del periodo de ocho (8) años posterior a que ya se haya sustituido una vez, la documentación de respaldo debe incluir una explicación de las medidas preventivas instituidas para paliar la necesidad de nuevos reemplazos.

   Directrices generales para todas las prótesis removibles:

   Las dentaduras postizas completas y/o parciales solo se aprobarán cuando la prótesis existente no sea utilizable y no pueda ser rebasada. No se cubrirá el rebasado de una prótesis existente cuando este procedimiento se realice además de una nueva prótesis para el mismo arco dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrega de una nueva prótesis. Solo se cubre el "acondicionamiento tisular" dentro de los seis (6) meses anteriores a la entrega de una nueva prótesis.

   La limpieza de prótesis removibles o tejidos blandos no relacionada directamente con dientes naturales o implantes no es un servicio cubierto. La profilaxis y/o el raspado y alisado radicular solo están cubiertos cuando se realizan en dentición natural.

   Las prótesis "inmediatas" no están cubiertas.

Otros servicios de prótesis removibles

El "acondicionamiento tisular" para el rebase con materiales diseñados para curar los bordes que no están sanos antes de una restauración final más definitiva es el ÚNICO tipo de rebase cubierto dentro de los seis (6) meses anteriores a la entrega de una nueva prótesis. La inserción de revestimientos acondicionadores de tejidos en dentaduras existentes está limitada a una vez por unidad de dentadura.

5. **Servicios de implantes.** Los implantes dentales estarán cubiertos cuando sean médicamente necesarios. Se requiere preautorización para los servicios de implantes.

   Las solicitudes de preautorización para implantes deben contar con la documentación de respaldo de su dentista. El consultorio de su dentista debe documentar, entre otras cosas, su historia clínica, las afecciones médicas actuales que están siendo tratadas, la lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente, la explicación de por qué los implantes son médicamente necesarios y por qué otras alternativas funcionales cubiertas para el reemplazo protésico no corregirán su afección dental, y la certificación de que usted es un candidato apropiado para la colocación de implantes. Si su dentista indica que está recibiendo tratamiento por una enfermedad grave, es posible que se requiera la documentación de su médico tratante.

B. Servicios para la vista.

1. **Servicios para la vista cubiertos.** Ofrecemos atención de la vista a través de un contrato con Superior Vision, un experto en la prestación de servicios para la vista de alta calidad. Cubrimos los siguientes servicios para la vista:
   - Servicios de un oftalmólogo, dispensador oftálmico y optometrista, y cobertura para lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales y/o reemplazo de anteojos perdidos o destruidos, incluidas las reparaciones, cuando sea médicamente necesario. Los ojos artificiales están cubiertos según lo ordenado por un proveedor participante;
   - Exámenes de los ojos, generalmente cada 12 meses, a menos que sea médicamente necesario hacerlos con mayor frecuencia.
   - Examen de la vista disminuida y aparatos para la visión ordenados por su doctor.
   - Remisiones especializadas para enfermedades o defectos oculares.
2. **Cómo acceder a los servicios para la vista.** Si necesita encontrar un proveedor de la vista o cambiarlo, llame a Superior Vision al (800) 879-6901 o llámenos a nosotros al (800) 223-7242 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

C. Medicamentos sin receta (de venta libre u OTC).

Además de la cobertura de medicamentos recetados descrita en la Sección II, también cubrimos medicamentos, suministros médicos y baterías para aparatos auditivos de venta sin receta (OTC) cuando lo solicita un proveedor autorizado.

D. Servicios de cuidado de los pies

Cubrimos el cuidado rutinario de los pies proporcionado por los tipos de proveedores autorizados cuando su afección física representa un peligro debido a la presencia localizada de una enfermedad, una lesión o síntomas que afectan al pie, o cuando se realiza como parte necesaria e integral de los servicios cubiertos de otra manera, como el diagnóstico y tratamiento de la diabetes, las úlceras y las infecciones. No cubrimos el cuidado higiénico rutinario de los pies, el tratamiento de callos, el corte de uñas, la limpieza o el remojo de los pies, a menos que usted tenga afecciones patológicas que requieran los servicios.

E. Calzado ortopédico

Cubrimos el calzado ortopédico cuando se utiliza para corregir, prevenir o adaptarse a una deformidad física o un mal funcionamiento del sistema motor en una parte enferma o lesionada del tobillo o pie, para soportar una estructura débil o deformada del tobillo o del pie o para formar una parte integral de una ortesis. La cobertura incluye calzado y modificaciones o adiciones de calzados. No cubrimos zapatillas deportivas.

F. Servicios de planificación familiar

Además de los servicios de planificación familiar descritos en la Sección VI, usted puede recibir determinados servicios de planificación familiar y salud reproductiva de uno de nuestros Proveedores participantes o de cualquier proveedor de salud apropiado de Medicaid que usted elija. No necesita una remisión de su PCP para recibir estos servicios. Si consulta con algún proveedor de salud apropiado de Medicaid, el costo que pagará será el mismo que el costo por consultar con nuestros proveedores participantes.

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

1. Examen preventivo, diagnóstico relacionado, tratamiento ambulatorio y remisiones a un proveedor participante según sea necesario en caso de dismenorrea, cáncer de cuello uterino u otras anomalías pélvicas.
2. Examen preventivo, diagnóstico relacionado y remisión al proveedor participante en caso de anemia, cáncer de cuello uterino, glucosuria, proteinuria, hipertensión, enfermedad de mama y embarazo.
3. Pruebas de VIH y asesoramiento previo y posterior a las pruebas cuando se realizan como parte de una consulta de planificación familiar.

Debe consultar con un Proveedor participante para tener los siguientes servicios de planificación familiar y salud reproductiva que cubrimos:

1. Tratamiento para la infertilidad según lo establecido en los servicios de planificación familiar descritos en la Sección IX.
2. Atención ginecológica rutinaria, incluidas las histerectomías, según lo establecido en la sección Servicios ambulatorios de este contrato.
3. Cualquier otro servicio de planificación familiar y salud reproductiva no especificado anteriormente.

G. Transporte que no sea de emergencia

Además del beneficio de transporte en ambulancia que no es de emergencia en la Sección II, usted es elegible para el transporte que no sea de emergencia, que incluye vehículo personal, autobús, taxi, camioneta para personas con discapacidades y transporte público para acudir a citas médicas. Usted o su proveedor de atención médica deben llamar a alguno de los proveedores que se indican a continuación para coordinar el transporte:

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

Long Island (Nassau y Suffolk): Servicios de respuesta médica: (844) 666-6270

Todos los demás condados: Servicios de respuesta médica: ver a continuación:

Allegany: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Broome: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Cattaraugus: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Chautauqua: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Chenango: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Cortland: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Erie: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Genesee: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Livingston: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Monroe: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Onondaga: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Ontario: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Orange: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Orleans: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Richmond: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Rockland: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Seneca: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Tioga: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Tompkins: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Wayne: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Westchester: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

Wyoming: Servicios de respuesta médica – (866) 932-7740

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

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

H. Asesoramiento familiar

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

Sección XVII

Exclusiones y limitaciones

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

A. Aviación.

No cubrimos los servicios que surjan de la aviación, excepto como pasajero comercial en un vuelo regular o chárter operado por una aerolínea regular.

B. Atención de convalecencia y custodia.

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

C. Terapia de conversión.

No cubrimos el tratamiento de conversión. El tratamiento de conversión es toda práctica realizada por un profesional de la salud mental que busca cambiar la orientación sexual o la identidad de género de un miembro menor de 18 años, lo cual incluye iniciativas para cambiar comportamientos, expresiones de género o para eliminar o reducir las atracciones o sentimientos sexuales o románticos hacia personas del mismo sexo. El tratamiento de conversión no incluye asesoramiento ni tratamiento para una persona que busca someterse a una transición de género o que está en proceso de someterse a una transición de género, que proporciona aceptación, apoyo y comprensión de una persona o la facilitación de la capacidad de afrontamiento, apoyo social y exploración y desarrollo de la identidad de una persona, lo cual incluye intervenciones para toda orientación sexual con el fin de prevenir o abordar la conducta ilegal o prácticas sexuales inseguras, siempre que el asesoramiento o tratamiento no trate de cambiar la orientación sexual o la identidad de género.

D. Servicios cosméticos.

No cubrimos servicios estéticos, medicamentos recetados ni cirugía, a menos que se especifique lo contrario, excepto en el caso de cirugía reconstructiva cuando dicho servicio sea incidental o posterior a una cirugía debida a traumatismos, infecciones o enfermedades de la parte implicada y cirugía reconstructiva por enfermedad o anomalía congénita de un niño cubierto que provocó un defecto funcional. También cubrimos los servicios relacionados con la cirugía reconstructiva después de una mastectomía, según lo establecido en otra sección de este Contrato. La cirugía estética no incluye la cirugía que se considera médicamente necesaria. Si un reclamo por un procedimiento enumerado en el Título 11, parte 56 del NYCRR (p. ej., determinados procedimientos de cirugía plástica y dermatología) se presenta de forma retrospectiva y sin información médica, ninguna denegación estará sujeta al proceso de revisión de la utilización en las secciones Revisión de la utilización y Apelación externa en este Contrato, a menos que se presente información médica.

E. Cobertura fuera de United States, Canada or Mexico.

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

F. Servicios dentales.

No cubrimos los servicios de ortodoncia, excepto como se indica específicamente en la sección Atención dental de este Contrato.

G. Tratamiento experimental o de investigación.

No cubrimos ningún servicio de atención médica, procedimiento, tratamiento, dispositivo o medicamento recetado que sea experimental o esté en investigación. Sin embargo, cubriremos tratamientos experimentales o en investigación, incluido el tratamiento de su enfermedad poco frecuente o los costos del paciente por su participación en un ensayo clínico, según lo descrito en la sección Servicios ambulatorios y profesionales de este Contrato, cuando nuestra denegación de servicios es rechazada por un agente de apelación externa certificado por el estado. Sin embargo, en el caso de los ensayos clínicos, no cubriremos los costos de ningún medicamento o dispositivo en investigación o servicio que no sea de salud necesario para que reciba el tratamiento, los costos de gestión de la investigación ni los costos que no estarían cubiertos en virtud de este Contrato para tratamientos no experimentales. Consulte las secciones Revisión de la utilización y Apelación externa de este Contrato para obtener una explicación más detallada acerca de sus derechos de apelación.

H. Participación en delitos graves.

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

I. Cuidado de los pies.

No cubrimos el cuidado rutinario de los pies relacionado con callos, pie plano, arcos caídos, pies débiles, tensión crónica del pie o molestias en los pies, excepto como se indica en la Sección XVII en este Contrato. Sin embargo, cubriremos el cuidado de los pies si tiene una enfermedad o afección médica específica que causa problemas circulatorios o áreas de menor sensibilidad en sus piernas o pies.

J. Instalación gubernamental.

No cubrimos el cuidado o tratamiento proporcionado en un hospital que es propiedad de cualquier entidad federal, estatal o gubernamental, o que es administrado por esta, excepto cuando lo exija la ley.

K. Médicamente necesario.

En general, no cubrimos ningún servicio de atención médica, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o medicamento recetado que determinemos que no es médicamente necesario. Si un agente de apelación externa certificado por el estado anula nuestra denegación, aún cubriremos el servicio, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o medicamento recetado para el que se ha denegado la cobertura, en la medida en que dicho servicio, procedimiento, tratamiento, prueba, dispositivo o medicamento recetado esté cubierto de otra manera en virtud de los términos de este Contrato.

L. Medicare u otro programa gubernamental.

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

M. Servicio militar.

No cubrimos ninguna enfermedad, tratamiento o afección médica como consecuencia del servicio en las Fuerzas Armadas o unidades auxiliares.

N. Seguro de automóvil sin culpa.

No cubrimos ningún beneficio en la medida prevista por cualquier pérdida total o parcial por la cual se recuperan o se pueden recuperar beneficios obligatorios de automóvil sin culpa. Esta exclusión aplica incluso si usted no realiza un reclamo apropiado u oportuno por los beneficios que tiene a su disposición en virtud de una política de seguro sin culpa obligatoria.

O. Servicios no listados.

No cubrimos los servicios que no se enumeran en este Contrato como cubiertos.

P. Servicios proporcionados por un familiar.

No cubrimos servicios realizados por un familiar directo de una persona cubierta. “Familiar directo” significa un hijo(a), hijastro(a), esposo(a), padre/madre, padrastro/madrastra, hermano(a), hermanastro(a), suegro(a), yerno o nuera, cuñado(a), abuelo(a), esposo(a) de un abuelo(a), nieto(a) o esposo(a) de un nieto(a).

Q. Servicios facturados por separado por los empleados del hospital.

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

R. Servicios sin cargo.

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

S. Guerra.

No cubrimos ninguna enfermedad, tratamiento o afección médica en caso de guerra, ya sea declarada o no.

T. Indemnización al trabajador.

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

Sección XVIII

Determinaciones de reclamos

A. Reclamos.

Un reclamo es una solicitud para que se presten o se paguen beneficios o servicios de conformidad con los términos de este Contrato. Usted o el proveedor debe presentarnos un formulario de reclamo. Si el proveedor no está dispuesto a presentar el formulario de reclamo, usted deberá presentarlo ante nosotros.

B. Aviso de reclamo.

Los reclamos de servicios deben incluir toda la información que Nosotros designemos como necesaria para procesar el reclamo, que incluye, entre otros: Número de identificación de miembro; nombre; fecha de nacimiento; fecha de servicio; tipo de servicio; el cargo por cada servicio; código de procedimiento para el servicio según corresponda; código de diagnóstico; nombre y dirección del Proveedor que realiza el cargo; y registros médicos de respaldo, cuando sea necesario. Un reclamo que no contenga toda la información necesaria no se aceptará y se deberá presentar de nuevo con toda la información necesaria. Puede obtener un formulario de reclamo llamándonos al (800) 223-7242 (TTY: 711) o visitando nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com. Los formularios de reclamo completos deben enviarse a la dirección que figura en su tarjeta de identificación. También puede enviarnos un reclamo de forma electrónica a la dirección de correo electrónico que se indica en la sección Cómo funciona su Cobertura de este Contrato o visitando nuestro sitio web MolinaHealthcare.com.

C. Plazo para la presentación de reclamos.

Debe enviarnos los reclamos por servicios para el pago dentro de los 120 días después de que usted reciba los servicios para los cuales se solicita el pago. Si no es posible presentar un reclamo en el plazo de 120 días, debe enviarlo tan pronto como sea razonablemente posible.

D. Reclamos por remisiones prohibidas.

No estamos obligados a pagar ningún reclamo, factura u otra demanda o solicitud de un proveedor por servicios de laboratorio clínico, servicios de farmacia, servicios de radioterapia, servicios de fisioterapia o servicios de radiografías o diagnóstico por imágenes prestados de conformidad con una remisión prohibida en la Sección 238–a(1) de la Ley de Salud Pública de Nueva York.

E. Determinaciones de reclamos.

Nuestro procedimiento para determinar reclamos aplica a todos los reclamos que no estén relacionados con una necesidad médica o una determinación experimental o en investigación. Por ejemplo, nuestro procedimiento para determinar reclamos aplica a las denegaciones de beneficios contractuales. Si no está de acuerdo con nuestra determinación de reclamo, puede presentar una queja conforme a la sección Procedimientos de quejas de este Contrato.

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

F. Determinaciones de reclamos previos al servicio.

1. Un reclamo previo al servicio es una solicitud de aprobación de un servicio o tratamiento antes de que se proporcione. Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a un reclamo previo al servicio (p. ej., una determinación de beneficios cubiertos), tomaremos una determinación y le avisaremos a usted (o a su persona designada) en un plazo de 15 días a partir de la recepción del reclamo.

Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 15 días a partir de la recepción del reclamo. Tendrá 45 días calendario para enviar la información. Si recibimos la información en un plazo de 45 días, tomaremos una determinación y le avisaremos por escrito a usted (o a persona designada) en un plazo de 15 días a partir de la recepción de la información. Si no se recibe toda la información necesaria en un plazo de 45 días, tomaremos una determinación en un plazo de 15 días calendario a partir del 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, lo haremos y le avisaremos a usted (o a su persona designada) por teléfono en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud. El aviso por escrito se realizará en un plazo de tres (3) días calendario a partir de la decisión. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. A partir de entonces, tendrá 48 horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o a persona designada) por teléfono en un plazo de 48 horas a partir de la fecha en la que recibamos la información o del final del período de 48 horas, lo que ocurra primero. El aviso por escrito se realizará en un plazo de tres (3) días calendario a partir de la decisión.

G. Determinaciones de reclamos posteriores al servicio.

Un reclamo posterior al servicio es una solicitud de un servicio o tratamiento que usted ya recibió. Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a un reclamo posterior al servicio, tomaremos una determinación y le avisaremos a Usted (o a persona designada) en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción del reclamo si denegamos el reclamo total o parcialmente. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 30 días calendario. A partir de entonces, tendrá 45 días calendario para enviar la información. Tomaremos una determinación y le avisaremos por escrito a usted (o a su persona designada) en un plazo de 15 días calendario a partir de la fecha en la que recibamos la información o del final del período de 45 días, lo que ocurra primero, si denegamos el reclamo total o parcialmente.

H. Pago de reclamos.

Cuando nuestra obligación de pagar un reclamo sea razonablemente evidente, pagaremos el reclamo en un plazo de 30 días a partir de la recepción del reclamo (cuando se envía por Internet o correo electrónico) y de 45 días a partir de la recepción del reclamo (cuando se envía por otros medios, incluidos papel o fax). Si solicitamos información adicional, pagaremos el reclamo en un plazo de 15 días a partir de nuestra determinación de que el pago está vencido, pero no más de 30 días (para reclamos enviados por Internet o correo electrónico) o 45 días (para reclamos enviados por otros medios, incluidos papel o fax) a partir de la recepción de la información.

Sección XIX

Procedimientos de reclamaciones

A. Quejas.

Nuestro procedimiento de quejas se aplica a todo asunto que no esté relacionado con una necesidad médica o una determinación experimental o en investigación de nuestra parte. Por ejemplo, se aplica a las denegaciones de beneficios contractuales o a los problemas o inquietudes que tenga con respecto a nuestras políticas o normativas administrativas o el acceso a los proveedores.

B. Presentación de una queja.

Puede comunicarse con nosotros por teléfono al (800) 223-7242 (TTY: 711) o por escrito para presentar una queja. Puede presentar una queja verbal relacionada con una denegación de una derivación o una determinación de beneficios cubiertos. Podemos exigir que firme un reconocimiento escrito de su queja oral preparado por nosotros. Usted o persona designada tienen hasta 180 días calendario a partir de la fecha en que usted recibió la decisión que nos pide que revisemos para presentar la queja.

Cuando recibamos su queja, enviaremos un acuse de recibo en un plazo de 15 días laborables. El acuse de recibo incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que tramita su queja, y en él se indicará qué información adicional debe proporcionarse, si la hubiera.

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

Puede solicitar que le enviemos una notificación electrónica de una reclamación en lugar de una notificación por escrito o por teléfono. Debe comunicarnos con antelación si desea recibir notificaciones electrónicas. Para optar por recibir notificaciones electrónicas, llame al (800) 223-7242 (TTY: 711) o visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com. Puede optar por no recibir notificaciones electrónicas en cualquier momento.

C. Determinación de reclamaciones.

El personal aprobado revisará su queja o, si se trata de un asunto clínico, un profesional de atención médica autorizado, certificado o registrado la examinará. Tomaremos una decisión acerca de la queja y se la notificaremos dentro de los siguientes plazos:

Reclamaciones aceleradas/urgentes:	Por teléfono, dentro de las 48 horas anteriores a la recepción de toda la información necesaria o las 72 horas posteriores a la recepción de su queja, lo que ocurra primero. Se le enviará un aviso por escrito dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su queja.
Reclamaciones previas al servicio: (Una solicitud de un servicio o tratamiento que aún no se ha proporcionado).	Por escrito, dentro de los 15 días calendario a partir de la recepción de su queja.
Quejas posteriores al servicio: (Un reclamo de un servicio o tratamiento que ya se proporcionó).	Por escrito, dentro de los 30 días calendario a partir de la recepción de su queja.
Todas las demás reclamaciones: (Que no estén relacionadas con un reclamo o una solicitud de un servicio o tratamiento).	Por escrito, dentro de los 30 días calendario a partir de la recepción de su queja.

D. Asistencia.

Si no está satisfecho con nuestra determinación de la queja o por otro motivo, puede hacer lo siguiente:

Llamar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al (800) 206–8125 o escribir 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: health.ny.gov

Sección XX

Revisión de la utilización

A. Revisión de utilización.

Revisamos los servicios de salud para determinar si los servicios son o fueron médicamente necesarios o si son experimentales o están en investigación ("médicamente necesarios"). Este proceso se denomina Revisión de la utilización. La Revisión de la utilización incluye todas las actividades de revisión, tanto si tienen lugar antes de que se realice el servicio (preautorización), cuando se realiza el servicio (simultánea) o después de que se realice el servicio (retrospectiva). Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de revisión de utilización, llame al (800) 223-7242 (TTY: 711), para obtener los servicios de salud mental y trastornos por el consumo de sustancias, llame al (877) 872-4716. El número de teléfono gratuito está disponible al menos 40 horas a la semana, y hay un contestador automático en los horarios no laborables.

Las determinaciones iniciales de que los servicios no son Médicamente Necesarios serán tomadas por: 1) Médicos autorizados; o 2) Profesionales de atención médica con licencia, certificados, registrados o acreditados que tengan la misma profesión y especialidad igual o similar que el Proveedor que normalmente maneja su condición médica o enfermedad o brinda el servicio de atención médica bajo revisión; o 3) para el tratamiento de trastornos de salud mental o consumo de sustancias, médicos autorizados o profesionales de atención médica autorizados, certificados, registrados o acreditados que se especialicen en salud conductual y tengan experiencia en la prestación de cursos de tratamiento de trastornos de salud mental o consumo de sustancias. Las decisiones de apelación de que los servicios no son médicamente necesarios serán tomadas por: 1) Médicos con licencia que estén certificados o sean elegibles para la misma especialidad o similar a la del Proveedor que normalmente maneja su condición médica o enfermedad o brinda el servicio de atención médica bajo revisión; o 2) Profesionales de atención médica con licencia, certificados, registrados o acreditados que tengan la misma profesión y especialidad igual o similar que el Proveedor que normalmente maneja su condición médica o enfermedad o brinda el servicio de atención médica bajo revisión; o 3) para el tratamiento de trastornos de salud mental o consumo de sustancias, médicos autorizados o profesionales de atención médica autorizados, certificados, registrados o acreditados que se especialicen en salud conductual y tengan experiencia en la prestación de cursos de tratamiento para trastornos de salud mental o consumo de sustancias. No compensamos ni proporcionamos incentivos financieros a nuestros empleados o revisores para determinar que los servicios no son médicamente necesarios.

Hemos creado pautas y protocolos para ayudarnos en este proceso. Usaremos herramientas de criterios de revisión clínica basadas en evidencia y revisadas por pares que sean apropiadas para la edad del paciente y designadas por OASAS para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias o aprobadas para su uso por OMH para el tratamiento de salud mental. Las pautas y los protocolos específicos se encuentran disponibles para su revisión previa solicitud. Para obtener más información, llame al (800) 223-7242 (TTY: 711) o visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com.

Usted puede solicitar que le enviemos una notificación electrónica de una determinación de Revisión de Utilización en lugar de una notificación por escrito o por teléfono. Debe comunicarnos con antelación si desea recibir notificaciones electrónicas. Para optar por recibir notificaciones electrónicas, llame al (800) 223-7242 (TTY: 711) o visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com. Puede optar por no recibir notificaciones electrónicas en cualquier momento.

B. Revisiones de preautorización.

1. **Revisiones de preautorización no urgentes.** Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto una revisión de preautorización, la tomaremos y le avisaremos a usted (o a persona designada) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de tres (3) días laborables a partir de la recepción de la solicitud.

Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de tres (3) días laborables. Usted o su proveedor tendrán entonces 45 días calendario para enviar la información. Si recibimos la información solicitada en un plazo de 45 días, tomaremos una determinación y le avisaremos a usted (o a persona designada) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de tres (3) días laborables a partir de la recepción de la información. Si no se recibe toda la información necesaria en un plazo de 45 días, tomaremos una determinación en un plazo de 15 días calendario a partir de la recepción de parte de la información solicitada o del final del período de 45 días, lo que ocurra primero.

2. **Revisiones de preautorización urgentes.** Con respecto a las solicitudes de preautorización urgentes, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, lo haremos y le avisaremos a usted (o a persona designada) y a su proveedor por teléfono en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud. Se le enviará un aviso por escrito dentro de los tres (3) días laborables a partir de la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Usted o su proveedor tendrán entonces 48 horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le avisaremos a usted (o a persona designada) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de 48 horas a partir de la fecha en la que recibamos la información o del final del período de 48 horas, lo que ocurra primero. Se proporcionará una notificación por escrito dentro de los tres (3) días laborables a partir de la fecha en la que recibamos la información o los tres (3) días calendario posteriores a la notificación verbal.
3. **Tratamiento ordenado por un tribunal.** Con respecto a las solicitudes de servicios de salud mental y/o para trastornos por consumo de sustancias que aún no se han prestado, si usted (o persona designada) certifica, en un formato determinado por el Superintendente de Servicios Financieros, que usted comparecerá o ha comparecido ante un tribunal de jurisdicción competente y que puede estar sujeto a una orden judicial que requiera dichos servicios, tomaremos una determinación y le avisaremos a usted (o a persona designada) y a su proveedor por teléfono en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud. Se le enviará una notificación por escrito dentro de los tres (3) días laborables a partir de la fecha en la que recibamos la solicitud. Cuando sea posible, la notificación por teléfono y por escrito también será proporcionada al tribunal.
4. **Centros de estabilización de crisis.** Los servicios prestados en los centros de estabilización de crisis participantes autorizados de conformidad con el artículo 36.01 de la Ley de Higiene Mental de New York y, en otros estados, aquellos que están acreditados por la Comisión Conjunta como programas de tratamiento de alcoholismo, consumo de sustancias o dependencia química y tienen una licencia, certificación o autorización similar en el estado donde se encuentra el Centro, no están sujetos a Preautorización. Podemos revisar el tratamiento proporcionado en los centros de estabilización de crisis retrospectivamente para determinar si es Médicamente necesario y utilizaremos herramientas de revisión clínica designadas por la OASAS o aprobadas por la Oficina de Salud Mental (OMH). Si se niega algún tratamiento en un centro de estabilización de crisis participante por no ser Médicamente necesario, usted solo será responsable de cualquier costo compartido que de otro modo se aplicaría a su tratamiento.
5. **Preautorización 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 simultáneas.

1. **Revisiones simultáneas no urgentes.** Se tomarán decisiones de Revisión de la utilización sobre los servicios durante el cuidado (revisiones simultáneas), las cuales se avisarán por teléfono y por escrito a usted (o a persona designada) y a su proveedor en un plazo de un (1) día laborable a partir de la recepción de toda la información necesaria. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de un (1) día laborable. Usted o su proveedor tendrán entonces 45 días calendario para enviar la información. Tomaremos una determinación y le avisaremos a usted (o a persona designada) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de un (1) día hábil a partir de la fecha en la que recibamos la información o, si no recibimos la información, en el plazo de un (1) día hábil a partir de la recepción de parte de la información solicitada o 15 días calendario a partir del final del período de 45 días.

2. **Revisiones simultáneas urgentes.** En el caso de revisiones simultáneas que impliquen una extensión del cuidado urgente, si la solicitud de cobertura se realiza al menos 24 horas antes de la caducidad de un tratamiento aprobado previamente, tomaremos una determinación y le avisaremos a usted (o a persona designada) y a su proveedor por teléfono en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la solicitud. Se le enviará un aviso por escrito dentro de un (1) día laborable a partir de la recepción de la solicitud.

   Si la solicitud de cobertura no se realiza al menos 24 horas antes de la caducidad de un tratamiento aprobado previamente y tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, lo haremos y le avisaremos a usted (o a persona designada) y a su proveedor por escrito en un plazo de 72 horas o un (1) día laborable a partir de la recepción de la solicitud, lo que ocurra primero. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Usted o su proveedor tendrán entonces 48 horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le avisaremos a usted (o a persona designada) y a su proveedor por escrito en el plazo de un (1) día laborable o 48 horas a partir de la fecha en la que recibamos la información, lo que ocurra primero, o, si no recibimos la información, en un plazo de 48 horas a partir del final del período de 48 horas.

3. **Revisiones de atención médica domiciliaria.** Después de recibir una solicitud de cobertura de servicios de atención domiciliaria tras una hospitalización, tomaremos una determinación y le avisaremos a usted (o a persona designada) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de un (1) día laborable a partir de la recepción de la información necesaria. Si el día siguiente a la solicitud cae un fin de semana o día festivo, tomaremos una determinación y le avisaremos a usted (o a persona designada) y a su proveedor dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la información necesaria. Cuando recibamos una solicitud de servicios de atención domiciliaria y toda la información necesaria antes de su alta hospitalaria, no denegaremos la cobertura de los servicios de atención domiciliaria mientras nuestra decisión sobre la solicitud esté pendiente.

4. **Revisiones de tratamiento de un trastorno por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados.** Si se nos presenta una solicitud de tratamiento de un trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados al menos 24 horas antes del alta tras una hospitalización para tratar el trastorno por consumo de sustancias en un paciente internado, tomaremos una determinación dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud y proporcionaremos cobertura para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias para el paciente internado mientras nuestra determinación esté pendiente.

5. **Tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias en Centros participantes con licencia, certificados o autorizados por la OASAS.** El tratamiento del trastorno por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados en un Centro participante con licencia, certificado o autorizado de otro modo por la OASAS no requiere Preautorización. La cobertura no estará sujeta a revisión simultánea durante los primeros 28 días de la admisión del paciente hospitalizado si el centro certificado por OASAS nos notifica tanto la admisión como el plan de tratamiento inicial hasta dos (2) días hábiles antes de la admisión. Después de los primeros 28 días de hospitalización, podemos revisar toda la estadía para determinar si es médicamente necesaria y utilizaremos la herramienta de revisión clínica designada por la OASAS. Si se deniega cualquier parte de la estadía por no ser médicamente necesaria, usted es el único responsable del costo compartido en la red que de otra manera aplicaría a su hospitalización.

D. Revisiones retrospectivas.

Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a un reclamo retrospectivo, la tomaremos y se la notificaremos a usted y a su proveedor en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 30 días calendario. Usted o su proveedor tendrán entonces 45 días calendario para proporcionar la información. Tomaremos una determinación y le avisaremos por escrito a usted y a su proveedor en un plazo de 15 días calendario a partir de la fecha en la que recibamos la información o del final del período de 45 días, lo que ocurra primero.

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

E. Revisión retrospectiva de los servicios preautorizados.

Solo podemos revertir un tratamiento, servicio o procedimiento preautorizado en la revisión retrospectiva cuando ocurra lo siguiente:

- La información médica pertinente que se nos presentó tras la revisión retrospectiva es sustancialmente diferente a la información presentada durante la revisión de preautorización;
- La información médica pertinente que se nos presentó tras la revisión retrospectiva existía en el momento de la preautorización, pero se nos la ocultó o no se la puso a nuestra disposición;
- Desconocíamos la existencia de dicha información en el momento de la revisión de preautorización; y
- Si hubiéramos tenido conocimiento de dicha información, el tratamiento, servicio o procedimiento que se solicitaba no habría sido autorizado. La determinación se toma utilizando los mismos estándares, criterios o procedimientos específicos que se utilizan durante la revisión de preautorización.

F. Determinaciones de anulación de terapia progresiva.

Usted, persona designada o un profesional de atención médica puede solicitar una determinación de anulación del protocolo de terapia progresiva para la cobertura de un medicamento recetado seleccionado por el profesional de atención médica. Cuando llevemos a cabo la Revisión de la utilización para determinar la anulación del protocolo de terapia progresiva, utilizaremos criterios de revisión clínica reconocidos basados en la evidencia y revisados por expertos, que sean apropiados para usted y su afección médica.

1. **Justificación y documentación de respaldo.** Una solicitud para determinar la anulación del protocolo de terapia progresiva debe incluir fundamentos y documentos de prueba de un profesional de atención médica, en los que se demuestre lo siguiente:
    - El medicamento recetado requerido está contraindicado o probablemente le provocará una reacción adversa o daño físico o mental;
    - Se espera que el medicamento recetado requerido sea ineficaz en función de sus antecedentes médicos, afección y régimen de medicamentos recetados conocidos;
    - Usted ha probado el Medicamento recetado requerido mientras estaba cubierto por nosotros o por su cobertura de seguro médico anterior, u otro Medicamento recetado de la misma clase farmacológica o con el mismo mecanismo de acción, y ese Medicamento recetado se suspendió debido a la falta de eficacia o efectividad, la disminución del efecto o un evento adverso. Aceptaremos cualquier certificado escrito o electrónico presentado por su Profesional de atención médica, quien le recetó el Medicamento recetado, en el que se indique que un Medicamento recetado requerido ha fallado, como prueba de que el Medicamento recetado requerido ha fallado;
    - Usted se encuentra estable con un medicamento recetado seleccionado por el profesional de atención médica para el tratamiento de su afección médica, siempre que esto no nos impida exigirle que pruebe un equivalente genérico con calificación AB; o
    - El medicamento recetado requerido no es el mejor para usted, ya que probablemente impedirá en gran medida que cumpla con su plan de cuidados, empeorará una comorbilidad o disminuirá su capacidad para lograr o mantener una capacidad funcional razonable a la hora de realizar actividades diarias.
2. **Revisión estándar.** Determinaremos la anulación del protocolo de terapia progresiva y le notificaremos a usted (o a persona designada) y, cuando corresponda, al profesional de atención médica, en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de los fundamentos y documentos de prueba.
3. **Revisión acelerada.** Si usted tiene una afección médica que pone su salud en grave peligro sin el medicamento recetado por el profesional de atención médica, tomaremos una determinación de anulación del protocolo de terapia progresiva dentro de las 24 horas a partir de la recepción de los fundamentos y documentos de prueba.

Si los fundamentos y documentos de prueba necesarios no se envían con una solicitud de determinación de anulación del protocolo de terapia progresiva, solicitaremos la información dentro de las 72 horas para revisiones de preautorización y retrospectivas, antes de 72 horas o un (1) día laborable

para revisiones simultáneas y 24 horas para revisiones aceleradas. Usted o el profesional de atención médica tendrán 45 días calendario para enviar la información para revisiones de preautorización, simultáneas y retrospectivas y 48 horas para revisiones aceleradas. Para las revisiones preautorizadas, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a persona designada) y al profesional de atención médica en un plazo de 72 horas después de recibir la información o 15 días calendario después del final del período de 45 días si no se recibe la información, lo que ocurra primero. Para las revisiones simultáneas, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a persona designada) y al profesional de atención médica en un plazo de 72 horas o un (1) día laborable después de recibir la información o 15 días calendario después del final del período de 45 días si no se recibe la información, lo que ocurra primero. Para las revisiones retrospectivas, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a persona designada) y al profesional de atención médica en un plazo de 72 horas después de recibir la información o 15 días calendario después del final del período de 45 días si no se recibe la información, lo que ocurra primero. Para las revisiones aceleradas, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a persona designada) y al profesional de atención médica en un plazo de 24 horas después de recibir la información o 48 horas al final del período de 48 horas si no se recibe la información, lo que ocurra primero.

Si no tomamos una determinación en un plazo de 72 horas (o 24 horas para revisiones aceleradas) a partir de la recepción de los fundamentos y documentos de prueba, se aprobará la solicitud de anulación del protocolo de terapia progresiva. Si no cumplimos con cualquiera de los requisitos del protocolo de terapia progresiva en la Sección 4902(a)(15) y (16) de la Ley de Seguros de New York, aprobaremos una determinación de anulación de terapia progresiva, en ausencia de fraude.

Si determinamos que el protocolo de terapia progresiva debe anularse, autorizaremos la cobertura inmediata del medicamento recetado por el profesional de atención médica. Una determinación de anulación de terapia progresiva estará vigente hasta que sea menor entre la duración de su tratamiento según las pautas de tratamiento actuales basadas en la evidencia o 12 meses después de nuestra aprobación de la determinación de anulación o renovación de su Contrato. Se puede apelar una determinación de anulación de terapia progresiva adversa.

G. Reconsideración.

Si intentamos consultar con el proveedor que recomendó el servicio cubierto antes de tomar una determinación adversa, el proveedor puede solicitar una reconsideración por parte del mismo revisor clínico experto que tomó la determinación adversa o un revisor clínico experto designado si el revisor clínico experto original no está disponible. Para revisiones de preautorización y simultáneas, la reconsideración tendrá lugar en un plazo de un (1) día laboral a partir de la solicitud de reconsideración. Si se confirma la determinación adversa, se le enviará un aviso a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito.

H. Apelaciones internas de revisión de utilización.

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

Tienen hasta 180 días calendario después de recibir el aviso de la determinación adversa para presentar una apelación. Acusaremos recibo de su solicitud de apelación interna dentro de los 15 días calendario desde su recepción. Este acuse de recibo incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que tramita su apelación y, si es necesario, allí se le brindará toda información adicional necesaria antes de que se pueda tomar una decisión. La apelación será decidida por un revisor clínico experto que no dependa del revisor clínico experto que tomó la determinación adversa inicial y que sea (1) un médico o (2) un profesional de atención médica de la misma especialidad o de especialidad similar que el proveedor que normalmente trata la enfermedad o afección en cuestión.

1. **Denegación de servicio fuera de la red.** También tiene derecho a apelar la denegación de una solicitud de preautorización para un servicio de salud fuera de la red si determinamos que el servicio de salud fuera de la red no es sustancialmente diferente de un servicio de salud disponible en la red. Una denegación de un servicio de salud fuera de la red es un

servicio proporcionado por un proveedor no participante, pero solo cuando el servicio no está disponible por parte de un proveedor participante. Para presentar una apelación de revisión de la utilización sobre la denegación de un servicio de salud fuera de la red, usted o persona designada debe enviar los siguientes documentos:

- Una declaración escrita del Médico responsable de su atención, quien debe ser un Médico con licencia, autorizado o elegible para obtener la autorización del Consejo Médico y estar aprobado para ejercer en el área de especialidad correspondiente a su afección, y que el servicio de salud fuera de la red que se solicitó es sustancialmente diferente del servicio de salud alternativo disponible a través de un Proveedor Participante que aprobamos para tratar su afección; y
- Dos (2) documentos de la evidencia médica y científica disponible de que el servicio fuera de la red indique lo siguiente: 1) Que es probable que el servicio fuera de la red sea más beneficioso clínicamente para usted que el servicio en la red alternativo; y 2) que lo más probable es que el riesgo adverso del servicio fuera de la red no aumentará de forma sustancial en comparación con el servicio de salud en la red.

2. **Denegación de la autorización fuera de la red.** También tiene derecho a apelar la denegación de una solicitud de autorización para un proveedor no participante cuando determinamos que tenemos un proveedor participante con el entrenamiento y la experiencia apropiados para satisfacer sus necesidades particulares de atención médica y que pueda prestar el servicio de atención médica solicitado. Para una apelación de revisión de la utilización de una denegación de autorización fuera de la red, usted o persona designada debe enviar una declaración por escrito de su médico, quien debe ser un médico certificado, elegible o autorizado por el Consejo Médico para ejercer en el área de especialidad apropiada con el fin de tratar su afección, en la que se indique lo siguiente:
   - Que el Proveedor participante recomendado por nosotros no tiene el entrenamiento y la experiencia apropiados para satisfacer sus necesidades particulares de atención médica para el servicio de atención médica; y
   - Que un proveedor no participante con el entrenamiento y la experiencia apropiados para satisfacer sus necesidades particulares de atención médica que pueda prestar el servicio de atención médica solicitado sea el recomendado.

I. Apelación estándar.

1. **Apelación de preautorización.** Si su apelación se relaciona con una solicitud de preautorización, decidiremos la apelación dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud de apelación. Se le enviará a usted (o a persona designada) y, cuando corresponda, a su proveedor un aviso por escrito con la determinación en un plazo de dos (2) días laborables después de que se haya tomado la determinación, pero no mayor de 30 días calendario después de la recepción de la solicitud de apelación.
2. **Apelación retrospectiva.** Si su Apelación se relaciona con un reclamo retrospectivo, decidiremos la Apelación dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la información necesaria para realizar la Apelación o los 60 días posteriores a la recepción de la Apelación, lo que ocurra primero. Se le enviará a usted (o a persona designada) y, cuando corresponda, a su proveedor un aviso por escrito con la determinación en un plazo de dos (2) días laborables después de que se haya tomado la determinación, pero no mayor de 60 días calendario después de la recepción de la solicitud de apelación.
3. **Apelación acelerada.** Una apelación se tratará de forma acelerada si está relacionada con una revisión de servicios de atención médica continuos o extendidos, servicios adicionales prestados durante el transcurso del tratamiento continuo, servicios de atención médica domiciliaria después del alta de una hospitalización, servicios en los que un proveedor solicita una revisión inmediata, servicios de salud mental y/o para tratar trastornos por consumo de sustancias que pueden estar sujetos a una orden judicial o cualquier otro asunto urgente. No se dispone de una apelación acelerada para revisiones retrospectivas. Para una apelación acelerada, su proveedor tendrá acceso razonable al revisor clínico experto asignado para la apelación en un plazo de un (1) día natural a partir de la recepción de la solicitud de apelación. Su proveedor y un revisor clínico experto pueden intercambiar información por teléfono o fax.

Se determinará una apelación acelerada dentro de las 72 horas a partir de la recepción de la apelación o dos (2) días laborables a partir de la recepción de la información necesaria para llevar a cabo la apelación, lo que ocurra primero. Se le enviará a usted (o a su persona designada) un aviso por escrito con la determinación en un plazo de 24 horas después de que se haya tomado la determinación, pero no mayor de 72 horas después de la recepción de la solicitud de apelación.

Si no determinamos su apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la recepción de la información necesaria para una apelación estándar o en un plazo de dos (2) días laborables a partir de la recepción de la información necesaria para una apelación acelerada, se considerará una anulación de la determinación adversa inicial.

4. **Apelación por consumo de sustancias.** Si denegamos una solicitud de tratamiento de un trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados que se haya enviado al menos 24 horas antes del alta, y usted o su proveedor presentan una apelación interna acelerada contra nuestra determinación adversa, decidiremos la apelación dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud de apelación. Si usted o su proveedor presentan la apelación interna acelerada y una apelación externa acelerada dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de nuestra determinación adversa, también proporcionaremos cobertura para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias para el paciente internado mientras esté pendiente una determinación sobre la apelación interna y la apelación externa.

J. Revisión completa y justa de una apelación.

Le proporcionaremos, de forma gratuita, toda evidencia nueva o adicional de confianza, considerada o generada por nosotros o todo fundamento nuevo o adicional en relación con su apelación. La evidencia o los fundamentos se proporcionarán tan pronto como sea posible y con suficiente antelación a la fecha en la que se debe dar aviso sobre la determinación adversa final para ofrecerle una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha.

K. Asistencia en apelaciones.

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

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

O llamar gratis al: (888) 614-5400, o envíe un correo electrónico a cha@cssny.org
Sitio web: communityhealthadvocates.org

Si necesita ayuda para presentar una queja, 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 llamar gratis al: (888) 614-5400, o envíe un correo electrónico a cha@cssny.org
Sitio web: communityhealthadvocates.org

Sección XXI

Apelación externa

A. Su derecho a una apelación externa.

En algunos casos, usted tiene derecho a presentar una apelación externa de una denegación de cobertura. Si hemos negado la cobertura sobre la base de que un servicio no es Médicamente Necesario (lo que incluye la idoneidad, el entorno de atención médica, el nivel de atención o la efectividad de un beneficio cubierto); o es un tratamiento experimental o de investigación (incluidos ensayos clínicos y tratamientos para enfermedades raras); o es un tratamiento fuera de la red, o es un servicio de emergencia o una factura sorpresa (incluso si se aplicó el costo compartido correcto). Usted o persona designada pueden apelar esa decisión ante un agente de apelación externo, un tercero independiente certificado por al Estado para llevar a cabo estas apelaciones.

Para que usted pueda ser elegible para una apelación externa, debe cumplir estos dos (2) requisitos:

- El servicio, procedimiento o tratamiento debe ser un servicio cubierto en virtud de este Contrato; y
- En general, usted debe haber recibido una determinación adversa final a través de nuestro proceso de apelación interna. Sin embargo, puede presentar una apelación externa, aunque no haya recibido una determinación adversa final a través de nuestro proceso de apelación interna, en alguno de los siguientes casos:

    - Aceptamos por escrito renunciar a la apelación interna. No estamos obligados a aceptar su solicitud para renunciar a la apelación interna; o
    - Usted presenta una apelación externa al mismo tiempo que solicita una apelación interna acelerada; o
    - No cumplimos con los requisitos de procesamiento de facturas y reclamos de la Revisión de la utilización (a excepción de una infracción leve que no es probable que le cause daños y perjuicios, y demostramos que la infracción fue por una buena causa o debido a asuntos fuera de nuestro control, y la infracción se produjo durante un intercambio de información continuo y de buena fe entre usted y nosotros).

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

Si hemos denegado la cobertura debido a que el servicio no es médicamente necesario, puede apelar ante un agente de apelación externa si cumple con los requisitos para una apelación externa conforme al párrafo "A" anterior.

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

Si hemos denegado la cobertura debido a que el servicio es un tratamiento experimental o en investigación (lo cual incluye ensayos clínicos y tratamientos contra enfermedades raras), usted debe cumplir con los dos (2) requisitos para una apelación externa que figuran en el párrafo "A" anterior y el médico responsable de su atención debe certificar que su afección o enfermedad es una para la cual:

1. Los servicios de salud estándar son ineficaces o médicamente inadecuados; o
2. No existe un servicio o procedimiento de salud estándar más beneficioso que cubramos; o
3. Existe un ensayo clínico o tratamiento contra enfermedades raras (según lo definido por la ley).

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

1. Un servicio, procedimiento o tratamiento sobre el que haya dos (2) documentos con evidencia médica y científica disponible en los que se indique que es probable que sea más beneficioso para usted que cualquier Servicio cubierto estándar (solo se considerarán determinados documentos para respaldar esta recomendación, y el Médico responsable de su atención debe

comunicarse con el estado a fin de obtener información actualizada sobre los documentos que se considerarán aceptables); o

2. Un ensayo clínico para el que usted sea elegible (solo se pueden considerar determinados ensayos clínicos); o
3. Un tratamiento contra una enfermedad poco frecuente para la cual el Médico responsable de su atención certifica que no existe un tratamiento estándar que es probable sea más beneficioso clínicamente para usted que el servicio solicitado, es probable que el servicio solicitado le beneficie en el tratamiento de su enfermedad poco frecuente y este beneficio compensa el riesgo del servicio. Además, el médico responsable de su atención debe certificar que su afección es una enfermedad poco frecuente que se está estudiando o que se estudió anteriormente en un estudio de investigación realizado por la National Institutes of Health Rare Disease Clinical Research Network o que afecta a menos de 200,000 residentes por año.

A los fines de esta sección, el médico responsable de su atención debe ser un médico certificado, elegible o autorizado por el Consejo Médico para ejercer en el área apropiada con el fin de tratar su afección o enfermedad. Además, para un tratamiento contra una enfermedad poco frecuente, el médico responsable de su atención puede no ser su médico tratante.

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

Si hemos denegado la cobertura de un tratamiento fuera de la red porque no es sustancialmente diferente al servicio de salud disponible en la red, puede apelar ante un agente de apelación externa si cumple con los dos (2) requisitos para una apelación externa que figuran en el párrafo "A" anterior y si ha solicitado una preautorización del tratamiento fuera de la red.

Además, el médico responsable de su atención debe certificar que el servicio fuera de la red es sustancialmente diferente del servicio de salud en la red alternativo recomendado y que, con base en dos (2) documentos de la evidencia médica y científica disponible, es probable que sea más beneficioso clínicamente que el tratamiento alternativo en la red y es probable que el riesgo adverso del servicio de salud solicitado no aumente de manera sustancial con respecto al servicio de salud en la red alternativo.

A los fines de esta sección, el médico responsable de su atención debe ser un médico certificado, elegible o autorizado por el Consejo Médico para ejercer en el área de especialidad apropiada con el fin de tratarlo con el servicio de salud.

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

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

Además, el médico responsable de su atención debe hacer lo siguiente: 1) certificar que el proveedor participante recomendado por nosotros no cuenta con el entrenamiento y la experiencia apropiados para satisfacer sus necesidades particulares de atención médica; y 2) recomendar a un proveedor no participante con el entrenamiento y la experiencia apropiados para satisfacer sus necesidades particulares de atención médica que pueda prestar el servicio solicitado de atención médica.

A los fines de esta sección, el médico responsable de su atención debe ser un médico certificado, elegible o autorizado por el Consejo Médico para ejercer en el área de especialidad apropiada con el fin de tratarlo con el servicio de salud.

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

Si hemos denegado su solicitud de cobertura de un medicamento recetado que no está en el formulario a través de nuestro proceso de excepción de formulario, usted, persona designada o el profesional de atención médica que receta puede apelar la denegación de excepción de 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 de formulario.

G. El proceso de apelación externa.

Tiene cuatro (4) meses a partir de la recepción de una determinación adversa final o de la recepción de una renuncia al proceso de apelación interna para presentar una solicitud de apelación externa por escrito. Si presenta una apelación externa basada en nuestro incumplimiento de los requisitos de procesamiento de reclamos, tiene cuatro (4) meses a partir de dicho incumplimiento para presentar una solicitud de apelación externa por escrito.

Proporcionaremos una solicitud de apelación externa con la determinación adversa final emitida a través de nuestro proceso de apelación interna o nuestra renuncia por escrito a una apelación interna. También puede pedir una solicitud de apelación externa del Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al (800) 400–8882. Envíe la solicitud completa al Departamento de Servicios Financieros a la dirección que se indica en la solicitud. Si cumple con los criterios para una apelación externa, el Estado le reenviará 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 presentó representa un cambio sustancial respecto de la información sobre la cual basamos nuestra denegación, el agente de apelación externa compartirá esta información con nosotros para que ejerzamos nuestro derecho a reconsiderar nuestra decisión. Si decidimos ejercer este derecho, tendremos tres (3) días laborables para enmendar o confirmar nuestra decisión. Tenga en cuenta que, en el caso de una apelación acelerada (que se describe a continuación), no tenemos derecho a reconsiderar nuestra decisión.

Por lo general, el agente de apelación externa debe tomar una decisión en un plazo de 30 días tras la recepción de 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, dispondrá de cinco (5) días laborables adicionales para tomar su decisión. El agente de apelación externa debe enviarle una notificación por escrito sobre su decisión en un plazo de dos (2) días laborables.

Puede solicitar una apelación externa acelerada si el médico responsable de su atención certifica que un retraso en la prestación del servicio que se le ha denegado supone una amenaza inminente o grave para su salud; si el médico responsable de su atención certifica que el plazo para la apelación externa estándar pondría en grave peligro su vida, salud o capacidad para recuperar la totalidad de la función; o si recibió servicios de emergencia y no ha sido dado de alta de un centro y la denegación se refiere a una hospitalización, disponibilidad de atención u estadía continua. En ese caso, el agente de apelación externa debe tomar una decisión en un plazo de 72 horas tras la recepción de su solicitud completa. Inmediatamente después de tomar una decisión, el agente de apelación externa debe notificárnosla a nosotros y a usted por teléfono o fax. El agente de apelación externa también debe enviarle una notificación por escrito sobre su decisión.

Si su solicitud de excepción de formulario interna recibió una revisión estándar a través de nuestro proceso de excepción de formulario, el Agente de apelación externa debe tomar una decisión sobre su apelación externa y notificarle a usted o a su persona designada y al profesional de atención médica que receta por teléfono dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud completa. El Agente de Apelación Externa se lo notificará por escrito a usted o a la persona designada y al Profesional de la Salud que le recetó el medicamento dentro de los dos (2) días hábiles de haber tomado una determinación. Si el agente de apelación externa anula nuestra denegación, cubriremos el medicamento recetado mientras lo tome, incluida cualquier renovación.

Si su solicitud de excepción de formulario interna recibió una revisión acelerada a través de nuestro proceso de excepción de formulario, el Agente de apelación externa debe tomar una decisión sobre su apelación externa y notificarla a usted o a su persona designada y al profesional de atención médica que receta por teléfono dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud completa. El Agente de Apelación Externa se lo notificará por escrito a usted o a la persona designada y al Profesional de la Salud que le recetó el medicamento dentro de los dos (2) días hábiles de haber tomado una determinación. Si el agente de apelación externa anula nuestra denegación, cubriremos el medicamento recetado mientras siga padeciendo la afección médica que puede poner en grave peligro su salud, vida o capacidad para recuperar la totalidad de la función o durante el transcurso de su tratamiento actual con el medicamento recetado que no está en el formulario.

Si el agente de apelación externa anula nuestra decisión acerca de que un servicio no es médicamente necesario o aprueba la cobertura de un tratamiento experimental, en investigación o fuera de la red, brindaremos 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 en investigación que forma parte de un ensayo clínico, solo cubriremos los costos de los servicios necesarios para proporcionarle el tratamiento de conformidad con el diseño del ensayo. No nos haremos responsables de los costos de los medicamentos ni dispositivos en investigación, ni los costos de los servicios que no sean de atención médica, ni los costos de gestión de la investigación ni los costos que no estarían cubiertos en virtud de este Contrato para los tratamientos que no sean experimentales proporcionados en el ensayo clínico.

La decisión del agente de apelación externa es vinculante tanto para usted como para nosotros. La decisión del Agente de Apelación Externa es admisible en cualquier procedimiento judicial.

H. Sus responsabilidades.

Es su responsabilidad iniciar el proceso de apelación externa. Para iniciar el proceso de apelación externa, puede presentar una solicitud completa al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. Puede nombrar a un representante para que lo ayude con su solicitud; sin embargo, el Departamento de Servicios Financieros puede comunicarse con usted y pedirle que confirme por escrito que ha nombrado al representante.

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

Sección XXII

Terminación de la cobertura

Este Contrato puede terminar de la siguiente manera:

A. Terminación automática de este Contrato.

Este Contrato terminará automáticamente en estas situaciones:

1. Al momento de su fallecimiento.
2. Cuando cumpla 65 años, su cobertura terminará al final del mes en el que cumpla los 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 terminará al final del mes en el cual se determine que es elegible para Medicaid.
4. Cuando su estado migratorio cambie y se vuelva elegible para obtener otra cobertura, incluida Medicaid, su cobertura terminará al final del mes antes de que se determine que es elegible para Medicaid.
5. Cuando se haya inscrito en un programa diferente a través del Marketplace de Seguros Médicos del Estado de Nueva York.
6. Cuando se haya inscrito en un seguro médico asequible patrocinado por el empleador.

B. Terminación por su parte.

Puede terminar este Contrato en cualquier momento; para ello, debe enviar al NYSOH una notificación previa por escrito con al menos 14 días de antelación.

C. Terminación por nuestra parte.

Podemos terminar este Contrato mediante un aviso escrito con 30 días de antelación, de la siguiente manera:

1. Fraude o tergiversación intencional de hechos materiales.
   Si usted realizó un acto que constituye fraude o hizo una tergiversación intencional de hechos materiales por escrito en su solicitud de inscripción o para obtener cobertura para un servicio, este Contrato terminará inmediatamente después de recibir una notificación por escrito de NYSOH. Sin embargo, si usted hace una tergiversación intencional de hechos materiales por escrito en su solicitud de inscripción, nosotros rescindiremos este Contrato si los hechos tergiversados nos habrían llevado a rechazar la emisión de este Contrato y la solicitud está adjunta a este Contrato. Rescisión se refiere que la terminación de su cobertura tendrá un efecto retroactivo de hasta la emisión de este Contrato.
2. Si ya no vive o reside en nuestra área de servicio.
3. La fecha en que se termina el Contrato porque dejamos de ofrecer la clase de contratos a los que este pertenece, sin tener en cuenta la experiencia en reclamos o el estado de salud relacionado con este Contrato. Le daremos una notificación previa por escrito con al menos 90 días de antelación.
4. Es la fecha en que se termina el Contrato porque terminamos o dejamos de ofrecer toda la cobertura de gastos hospitalarios, quirúrgicos y médicos en el mercado individual, en este Estado. Le daremos una notificación previa por escrito con al menos 180 días de antelación.

Ninguna terminación afectará al derecho a un reclamo por beneficios que haya surgido antes de dicha terminación.

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

Sección XXIII

Derechos de suspensión temporal para miembros de las fuerzas armadas

Si usted, el suscriptor, es miembro de un componente de reserva de las fuerzas armadas de los Estados Unidos, incluida la Guardia Nacional, tiene derecho a una suspensión temporal de la cobertura durante el servicio activo y a la reintegración de la cobertura al final del servicio activo en los siguientes casos:

1. Su deber activo se extiende durante un período en que el presidente está autorizado a enviar unidades de reserva al servicio activo, siempre que dicho deber activo adicional sea a petición y por conveniencia del Gobierno federal; y
2. Usted no tiene más de cinco (5) años de servicio activo.

Debe enviarnos una solicitud por escrito para que su cobertura se suspenda durante un período de servicio activo.

Una vez completado el servicio activo, su cobertura podrá reanudarse siempre que usted nos presente una solicitud por escrito.

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

Sección XXIV

Disposiciones generales

1. Acuerdos entre nosotros y los proveedores participantes.

Cualquier acuerdo entre nosotros y los proveedores participantes podrá ser terminado por nosotros o por los proveedores. Este Contrato no requiere que ningún proveedor acepte a un suscriptor como paciente. No garantizamos la admisión de un suscriptor a ningún proveedor participante ni a ningún programa de beneficios de salud.

2. Asignación.

Usted no puede ceder ningún beneficio en virtud de este Contrato ni reclamos legales basados en una denegación de beneficios a ninguna persona, empresa u otra organización, a menos que sea una cesión a su Proveedor no participante con licencia en virtud del Artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York para recibir servicios descritos en la Sección de Servicios médicos de emergencia prehospitalarios y de ambulancia de este Contrato. Cualquier cesión de prestaciones o reclamación legal basada en una denegación de prestaciones será nula e inaplicable.

Cesión se refiere a la transferencia a otra persona o a una corporación u otra organización de su derecho a los servicios prestados en virtud de este Contrato o su derecho a cobrar dinero de nosotros por esos servicios. Nada de lo dispuesto en este párrafo afectará su derecho a designar o un representante, según lo permita la ley vigente.

3. Cambios en este Contrato.

Podemos modificar unilateralmente este Contrato tras la renovación, si le damos una notificación previa por escrito con 60 días de antelación.

4. Derecho aplicable.

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

5. Error administrativo.

Un error administrativo, ya sea de su parte o de la nuestra, con respecto a este Contrato, o cualquier otra documentación emitida por nosotros en relación con este Contrato, o al mantener cualquier registro relativo a la cobertura de este Contrato, no modificará ni invalidará la cobertura legítimamente en vigor ni continuará la cobertura legítimamente terminada.

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 de lo que se exige en virtud de la ley del Estado de Nueva York será enmendado para cumplir con los requisitos mínimos de dicha ley.

7. Continuación de las limitaciones de beneficios.

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

8. Acuerdo completo.

Este Contrato, incluidos los endosos, las cláusulas adicionales y las solicitudes adjuntas, si los hubiera, constituye el Contrato completo.

9. Fraude y facturación abusiva.

Tenemos procesos para revisar los reclamos antes y después del pago para detectar fraude y facturación abusiva. Los miembros que busquen servicios para proveedores no participantes pueden recibir una factura de saldo por parte del proveedor no participante por aquellos servicios que se determine que no son pagaderos como resultado de una creencia razonable de fraude u otra mala conducta intencionada o facturación abusiva.

10. Suministro de información y auditoría.

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

11. Tarjetas de identificación.

Las tarjetas de identificación (ID) son emitidas por nosotros solo con fines de identificación. La posesión de cualquier tarjeta de identificación no confiere ningún derecho a los servicios o beneficios en virtud de este Contrato.

12. Incontestabilidad.

Ninguna declaración hecha por usted en una solicitud de cobertura en virtud de este Contrato evitará el Contrato ni se utilizará en ningún procedimiento legal, a menos que la solicitud o una copia exacta se adjunten a este Contrato. Después de dos (2) años a partir de la fecha de emisión de este Contrato, no se utilizará ninguna declaración falsa, excepto las declaraciones falsas hechas por usted en la solicitud de Cobertura, para anular el Contrato o denegar un reclamo.

13. Contratistas independientes.

Los proveedores participantes son contratistas independientes. No son nuestros agentes ni empleados. Nosotros y nuestros empleados no somos agentes ni empleados de ningún proveedor participante. No nos hacemos responsables de ningún reclamo o demanda por daños que surjan o estén relacionados de alguna manera con alguna presunta lesión que usted sufre mientras recibe atención de cualquier proveedor participante o de cualquier centro del proveedor participante.

14. Aporte en el desarrollo de nuestras políticas o normativas.

Usted puede participar en el desarrollo de nuestras políticas o normativas.

15. Accesibilidad a los materiales.

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

16. Más información sobre su plan de salud.

Puede solicitar información adicional sobre su cobertura en virtud de este Contrato. Si lo solicita, le proporcionaremos la siguiente información:

- Una lista de los nombres, direcciones comerciales y cargos oficiales de nuestra junta directiva, funcionarios y miembros; y nuestro último estado financiero anual certificado, que incluye un balance y un resumen de los recibos y desembolsos.
- La información que proporcionamos al Estado con respecto a las quejas de nuestros consumidores.
- Una copia de nuestros procedimientos para mantener la confidencialidad de la información del suscriptor.
- Una copia de nuestro formulario de medicamentos. También puede preguntar si un medicamento específico está cubierto por este Contrato.
- Una descripción escrita de nuestro programa de aseguramiento de calidad.
- Una copia de nuestra política médica con respecto a un fármaco, dispositivo médico o tratamiento experimental o en investigación en ensayos clínicos.

- Afiliaciones de proveedores con hospitales participantes.
- Una copia de nuestros criterios de revisión clínica (p. ej., criterios de necesidad médica) y, cuando proceda, otra información clínica que podamos considerar en relación con una enfermedad específica, el curso del tratamiento o las pautas de Revisión de utilización, incluidos los criterios de revisión clínica relacionados con la determinación de la anulación del protocolo de terapia progresiva.
- Procedimientos de solicitud por escrito y requisitos mínimos de calificación para los proveedores.
- Documentos que contienen los procesos, las estrategias, los estándares probatorios y otros factores utilizados para aplicar una limitación de tratamiento con respecto a los beneficios médicos/quirúrgicos y los beneficios de salud mental o trastorno por consumo de sustancias en virtud del Contrato.

17. Aviso.

Todo aviso que le entreguemos en virtud de este Contrato se enviará por correo postal a su dirección tal como aparece en nuestros registros. Usted se compromete a notificarnos cualquier cambio en su dirección. Si usted tiene que darnos algún aviso, debe enviarlo por correo postal de U.S., de primera clase, con franqueo prepagado a la dirección incluida en su
tarjeta de identificación.

18. Recuperación de pagos excesivos.

En ocasiones, podría recibir un pago cuando no esté cubierto, por un servicio que no esté cubierto o que sea más de lo apropiado. Cuando esto ocurra, le explicaremos el problema y usted debe devolvernos el monto del sobrepago en un plazo de 60 días posteriores a recibir la notificación de nuestra parte. Sin embargo, no iniciaremos esfuerzos de recuperación de sobrepago más de 24 meses después de que se haya realizado el pago original, a menos que tengamos una creencia razonable de fraude u otra mala conducta intencionada.

19. Fecha de renovación.

La fecha de renovación de este Contrato es de 12 meses a partir de su fecha de vigencia. Este Contrato se renovará automáticamente cada año en la fecha de renovación, siempre que usted siga siendo elegible en virtud del Contrato y, a menos que nosotros lo terminemos de otra manera según lo permita este Contrato.

20. Derecho a desarrollar pautas y reglas administrativas.

Podemos desarrollar o adoptar estándares que describan con más detalle cuándo haremos o no pagos en virtud de este Contrato. Ejemplos del uso de las normas son determinar si: La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados era Médicamente Necesaria; la cirugía fue Médicamente Necesaria para tratar su enfermedad o lesión; o ciertos servicios son atención especializada. Dichos estándares no serán contrarios a las descripciones incluidas en este Contrato. Si tiene alguna pregunta sobre los estándares que se aplican a un beneficio en particular, puede comunicarse con nosotros y le explicaremos los estándares o le enviaremos una copia de estos. También podemos desarrollar reglas administrativas relativas a la inscripción y otros asuntos administrativos. Tenemos todas las facultades necesarias o apropiadas que nos permiten cumplir nuestras obligaciones en relación con la administración de este Contrato.

21. Derecho a compensación.

Si efectuamos un pago por un reclamo a usted o en su nombre por error o usted nos debe dinero, usted debe pagar la cantidad que nos debe. Excepto que la ley exija lo contrario, si le debemos un pago por otros reclamos recibidos, tenemos el derecho de restar cualquier monto que nos deba de cualquier pago que le debemos.

22. Divisibilidad.

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

23. Cambios significativos en las circunstancias.

Si no podemos organizar los servicios cubiertos tal como se indica en este Contrato como resultado de eventos fuera de nuestro control, haremos un esfuerzo de buena fe para hacer arreglos alternativos. Estos acontecimientos pueden incluir un desastre importante, una epidemia, la destrucción total o parcial de las instalaciones, un motín, una insurrección civil, la discapacidad de una parte importante del personal de los proveedores participantes o causas similares. Haremos todos los esfuerzos razonables para organizar los servicios cubiertos. Nosotros y nuestros proveedores participantes no seremos responsables de las demoras o la falta de prestación u organización de los servicios cubiertos si dicho incumplimiento o demora se debe a tal evento.

24. Subrogación y reembolso.

Estos párrafos se aplican cuando otra parte (incluida cualquier aseguradora) es responsable de su lesión, enfermedad u otra afección, o se puede determinar que lo es, y hemos proporcionado beneficios relacionados con esa lesión, enfermedad o afección. Según lo permitido por la ley estatal vigente, a menos que lo prohíba la ley federal, podemos ser subrogados a todos los derechos de recuperación contra cualquiera de estas partes (incluida su propia compañía de seguros) por los beneficios que le hayamos proporcionado en virtud de este Contrato. Subrogación se refiere a que tenemos el derecho, independientemente de usted, de proceder directamente contra la otra parte para recuperar los beneficios que hayamos proporcionado.

Sujeto a la legislación estatal vigente, a menos que lo prohíba la ley federal, podemos tener derecho a recibir un reembolso si usted o cualquier persona en su nombre recibe el pago de cualquier parte responsable (incluida su propia compañía de seguros) de cualquier acuerdo, veredicto o ganancias del seguro, en relación con una lesión, enfermedad o afección para la cual proporcionamos beneficios. Según la Sección 5-335 de la Ley de Obligaciones Generales de Nueva York, nuestro derecho de recuperación no se aplica cuando se llega a un acuerdo entre un demandante y un demandado, a menos que exista un derecho legal de reembolso. La ley también establece que, al formalizar un acuerdo, se supone que no ha realizado ninguna acción contra nuestros derechos ni ha infringido ningún contrato entre usted y nosotros. La ley definitivamente supone que el acuerdo entre usted y la parte responsable no incluye la compensación por el costo de los servicios de atención médica por los cuales proporcionamos beneficios.

Le solicitamos que nos notifique en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se notifique a cualquier parte, incluida una compañía de seguros o un abogado, su intención de presentar o investigar un reclamo para exigir una compensación por daños u obtener una indemnización por lesiones, enfermedad o afección que usted padece y para la cual hemos proporcionado beneficios. Debe proporcionar toda la información solicitada por nosotros o nuestros representantes, incluida, entre otras, la cumplimentación y el envío de cualquier solicitud u otro formulario o declaración que podamos solicitar de forma razonable.

25. Terceros beneficiarios.

No se prevé que este Contrato cree ningún beneficiario externo y nada de lo dispuesto en este Contrato conferirá a ninguna persona o entidad que no sea usted o nosotros ningún derecho, beneficio o compensación de ninguna naturaleza en virtud de este Contrato o por motivo de este. Ninguna otra parte puede hacer cumplir las disposiciones de este Contrato ni buscar ninguna solución que surja de la ejecución o falta de ejecución de este Contrato por parte nuestra o suya, ni emprender una acción o buscar el incumplimiento de cualquiera de los términos de este Contrato.

26. Plazo para iniciar una demanda.

No se podrá realizar ninguna acción legal contra nosotros antes del vencimiento de 60 días posteriores a que se nos haya presentado un reclamo por escrito, tal como se requiere en este Contrato. Debe iniciar cualquier demanda contra nosotros en virtud de este Contrato dentro de dos (2); tres (3) años a partir de la fecha en que se requirió la presentación del reclamo.

27. Servicios de traducción.

Los servicios de traducción están disponibles de forma gratuita en virtud de este Contrato para Suscriptores que no hablan inglés. Comuníquese con nosotros al (800) 223-7242 (TTY: 711) para acceder a estos servicios.

28. Lugar para la acción legal.

Si surgiera una disputa en virtud de este Contrato, debe resolverse en un tribunal ubicado en el Estado de Nueva York. Usted acepta no iniciar una demanda contra nosotros en ningún tribunal de otro lugar. También da su consentimiento para que los tribunales del estado de Nueva York tengan jurisdicción personal sobre usted. Esto significa que, cuando se hayan seguido los procedimientos adecuados para iniciar una demanda judicial en estos tribunales, los tribunales pueden ordenarle que se defienda ante cualquier acción que emprendamos en su contra.

29. Renuncia.

La renuncia de cualquiera de las partes de cualquier incumplimiento de cualquier disposición de este Contrato no se interpretará como una renuncia a cualquier incumplimiento posterior de esta o de cualquier otra disposición. No ejercer cualquier derecho aquí estipulado no constituirá una renuncia a dicho derecho.

30. Quién puede cambiar este Contrato.

Este Contrato no podrá modificarse, enmendarse ni cambiarse, excepto por escrito y con la firma de nuestro presidente o de un representante designado por este. Ningún empleado, agente u otra persona tiene autoridad para interpretar, enmendar, modificar ni cambiar este Contrato de una manera que amplíe o limite el alcance de la cobertura, o las condiciones de elegibilidad, inscripción o participación, a menos que sea por escrito y tenga la firma del presidente o el representante designado por este.

31. Quién recibe el pago en virtud de este Contrato.

En virtud de este Contrato, nosotros efectuaremos los pagos por servicios prestados por un proveedor participante directamente al proveedor. Si recibe servicios de un Proveedor no participante para Servicios de emergencia, incluidos los servicios para pacientes hospitalizados después recibir Atención del Departamento de emergencia, y facturas sorpresa, pagaremos directamente al Proveedor.

Para servicios médicos de emergencia prehospitalarios, transporte de emergencia en ambulancia terrestre y acuática, si cede beneficios a un Proveedor no participante con licencia según el Artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York, le pagaremos directamente al Proveedor no participante. Si usted no cede beneficios a un Proveedor no participante con licencia en virtud del Artículo 30 de la Ley de Salud Pública de New York, le pagaremos a usted y al Proveedor no participante conjuntamente.

32. Indemnización al trabajador no afectada.

La cobertura proporcionada en virtud de este Contrato no sustituye ni afecta a los requisitos de cobertura del seguro o la ley de indemnización al trabajador.

33. Su historia clínica y sus informes.

A efectos de proporcionar su Cobertura en virtud de este Contrato, puede ser necesario que obtengamos su historia clínica e información sobre usted de parte de los proveedores que lo trataron. Nuestras acciones para proporcionar esa cobertura incluyen el procesamiento de sus reclamos, la revisión de quejas o apelaciones relacionadas con su atención, y revisiones de aseguramiento de la calidad de su atención, ya sea basadas en una queja específica o en una auditoría rutinaria de casos seleccionados al azar. Al aceptar la cobertura en virtud de este Contrato, excepto cuando lo prohíba la ley estatal o federal, automáticamente usted nos da permiso, a nosotros o a nuestro representante, para obtener y utilizar su historia clínica para esos fines, y usted autoriza a todos y cada uno de los proveedores que le presten servicios a hacer lo siguiente:

- Divulgarnos a nosotros o a un profesional médico, dental o de salud mental todos los hechos relativos a su atención, tratamiento y condición física que podamos necesitar para ayudarnos a revisar un tratamiento o reclamo, o en relación con una queja o revisión de la calidad de la atención;

- Presentar informes relativos a su atención, tratamiento y condición física, a nosotros o a un profesional médico, dental o de salud mental, que podamos necesitar para ayudarnos a revisar un tratamiento o reclamo; y
- Permitir que copiemos su historia clínica.

Acordamos mantener su información médica de acuerdo con los requisitos de confidencialidad estatales y federales. Sin embargo, en la medida en que lo permita la ley estatal o federal, usted automáticamente nos da permiso para compartir su información con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y otras agencias federales, estatales y locales autorizadas con facultad sobre el Plan Essential, organizaciones de supervisión de la calidad y terceros que tienen contrato con nosotros para ayudarnos a administrar este Contrato, siempre que también acuerden mantener la información de acuerdo con los requisitos de confidencialidad estatales y federales. Si desea retirar cualquier permiso que haya otorgado para divulgar esta información, puede llamarnos al (800) 223-7242 (TTY: 711).

34. Sus derechos y responsabilidades.

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

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

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

Tiene el derecho de formular directivas anticipadas sobre su cuidado.

Tiene derecho a acceder a nuestros proveedores participantes.

Como miembro, también debe desempeñar una función activa en su atención. Le animamos a lo siguiente:

- Entender sus problemas de salud lo mejor que pueda y trabajar con sus proveedores para elaborar un plan de tratamiento en el que todos estén de acuerdo;
- Cumplir con el plan de tratamiento que aceptó con sus médicos o proveedores;
- Darnos a nosotros, a sus médicos y a otros proveedores la información necesaria para ayudarlo a obtener la atención que necesita y todos los beneficios para los que sea elegible en virtud de este Contrato. Esto puede incluir información sobre otros beneficios de seguro médico que usted tiene junto con su cobertura con nosotros; y
- Informarnos si hay algún cambio en su nombre, dirección o dependientes cubiertos en virtud de este Contrato.

Para obtener información adicional sobre sus derechos y responsabilidades, visite las preguntas frecuentes en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com. Si no tiene acceso a Internet, puede llamarnos al (800) 223-7242 (TTY: 711) para solicitar una copia. Si necesita más información o desea comunicarse con nosotros, visite nuestro sitio web MolinaHealthcare.com o llámenos al (800) 223-7242 (TTY: 711).

Sección XXV Essential Plan IV

Programa de beneficios de Molina Healthcare

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

Los servicios para proveedores no participantes no están cubiertos para ningún servicio que no sea relacionado con atención de emergencia u otros servicios especificados en este Programa de beneficios o en el Texto modelo. Es posible que tenga que pagar el costo total de otros servicios prestados por un proveedor no participante.

Costo compartido	Essential Plan IV
Deducible	
• Individual	$0
Límite de gastos de bolsillo • Individual Los deducibles, coseguros y copagos que conforman su Límite de gastos de bolsillo se acumulan en el Año del plan.	$0
Visitas al consultorio	
* El Costo compartido de los Servicios cubiertos con un diagnóstico primario de salud mental o trastorno por consumo de sustancias puede ser menor que el Costo compartido que se enumera a continuación para cumplir con la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones de 2008 (MHPAEA).	
Visitas al consultorio de atención primaria (o visitas domiciliarias)	$0 en consultorio o por telesalud
Visitas al consultorio del especialista (o visitas a domicilio). **Se requiere preautorización.**	$0 en consultorio o por telesalud **Se requiere preautorización.**
Atención médica preventiva	
* El Costo compartido de los Servicios cubiertos con un diagnóstico primario de salud mental o trastorno por consumo de sustancias puede ser menor que el Costo compartido que se enumera a continuación para cumplir con la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones de 2008 (MHPAEA).	
• Exámenes físicos anuales para adultos*.	Cubierto en su totalidad.
• Inmunizaciones para adultos*.	Cubierto en su totalidad.
• Servicios ginecológicos de rutina/Exámenes preventivos para mujeres *.	Cubierto en su totalidad.
• Mamografías, exámenes preventivos y diagnóstico por imágenes para la detección del cáncer de mama.	Cubierto en su totalidad.
• Procedimientos de esterilización para mujeres*.	Cubierto en su totalidad.

Atención médica preventiva	
• Vasectomía	Ver la sección Servicios quirúrgicos. Utilice el costo compartido para el servicio adecuado (servicios quirúrgicos; servicios de anestesia; tarifa del centro de cirugía ambulatoria; cargo del centro de cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios).
• Pruebas de densidad ósea*.	Cubierto en su totalidad.
• Examen de detección del cáncer de próstata.	Cubierto en su totalidad.
• Detección de cáncer de colon.	Cubierto en su totalidad.
• Todos los demás servicios médicos preventivos requeridos por la USPSTF y la HRSA.	Cubierto en su totalidad.
• * Cuando los servicios médicos preventivos no se proporcionan de conformidad con las pautas integrales respaldadas por la USPSTF y la HRSA. **Remisión requerida**	Use el costo compartido para el servicio apropiado (visita al consultorio de atención médica primaria; visita al consultorio del especialista; servicios radiológicos de diagnóstico; procedimientos de laboratorio y pruebas diagnósticas). **Remisión requerida**
Atención médica de emergencia.	
* El Costo compartido de los Servicios cubiertos con un diagnóstico primario de salud mental o trastorno por consumo de sustancias puede ser menor que el Costo compartido que se enumera a continuación para cumplir con la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones de 2008 (MHPAEA).	
Servicios médicos de emergencia prehospitalarios (servicios de ambulancia).	$0
Servicios de ambulancia que no son de emergencia. **Se requiere preautorización.**	$0 **Consulte el Contrato para saber cómo utilizar este servicio.**
Departamento de emergencias Se elimina el copago si lo admiten en el hospital.	$0
Centro de Cuidados de Urgencia **Se requiere preautorización para el Cuidado urgente fuera de la red.**	$0 en consultorio o por telesalud **Se requiere preautorización para el Cuidado urgente fuera de la red.**

Servicios profesionales y atención médica ambulatoria	
* El Costo compartido de los Servicios cubiertos con un diagnóstico primario de salud mental o trastorno por consumo de sustancias puede ser menor que el Costo compartido que se enumera a continuación para cumplir con la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones de 2008 (MHPAEA).	
Servicios de diagnóstico por imágenes avanzado. • Se realiza en un centro de radiología independiente o en un consultorio. • Se realiza en el consultorio del especialista. • Se realiza como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. **Se requiere preautorización.**	 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización.**
Pruebas y tratamiento de alergias. • Se realiza en el consultorio del PCP. • Se realiza en el consultorio del especialista. **Se requiere preautorización.**	 $0 $0 **Se requiere preautorización.**
Tarifa del centro de cirugía ambulatoria. **Se requiere preautorización.**	$0
Servicios de anestesia (todos los entornos).	Cubierto en su totalidad.
Rehabilitación cardiopulmonar. • Se realiza en el consultorio del especialista. • Se realiza como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. • Se realiza como servicios hospitalarios para pacientes internados.	 $0 $0 Incluido como parte del costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados **Se requiere preautorización.**

Quimioterapia e inmunoterapia
• Administración.
  • Se realiza en el consultorio del PCP.
  • Se realiza en el consultorio del especialista.
  • Se realiza como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
  • Se realiza en el hogar.
• Medicamentos de quimioterapia e inmunoterapia
Se requiere preautorización.
	
	$0
	$0
	$0
	$0
	
	Se requiere preautorización.

Servicios quiroprácticos **Se requiere preautorización.**	$0 **Se requiere preautorización.**
Ensayos clínicos.	Use el costo compartido para el servicio apropiado.

Servicios profesionales y atención médica ambulatoria	
Prueba de diagnóstico. • Se realiza en el consultorio del PCP. • Se realiza en el consultorio del especialista. • Se realiza como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. **Se requiere preautorización.**	 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización.**
Diálisis • Se realiza en el consultorio del PCP. • Se realiza en un centro Independiente o en el consultorio de un especialista. • Se realiza como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. • Se realiza en el hogar. La diálisis realizada por proveedores no participantes está limitada a 10 consultas por año natural. Consulte la descripción de los beneficios para obtener más información.	 $0 $0 $0 $0
Servicios de recuperación de habilidades (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla).	$0 **Se requiere preautorización.**
Atención médica en el hogar 40 consultas por año del plan. El límite de visitas no se aplica a la atención médica domiciliaria para una afección de salud mental o trastornos por consumo de sustancias. **Se requiere preautorización.**	$0 **Se requiere preautorización.**
Servicios de Infertilidad **Se requiere preautorización.**	Use el costo compartido para el servicio apropiado (visita al consultorio; servicios radiológicos de diagnóstico; cirugía; procedimientos de laboratorio y diagnóstico). **Se requiere preautorización.**
Terapia de infusión • Administración • Se realiza en el consultorio del PCP. • Se realiza en el consultorio del especialista. • Se realiza como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. • Terapia de infusiones en el hogar. • Medicamentos para la terapia de infusión. (La infusión en el hogar cuenta para los límites de visitas de atención médica domiciliaria). **Se requiere preautorización.**	 $0 $0 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización.**

Servicios profesionales y atención médica ambulatoria	
Consultas médicas como paciente Internado. **Se requiere preautorización.**	$0 por admisión **Se requiere preautorización.**
Interrupción del embarazo. • Servicios de aborto.	 Cubierto en su totalidad.
Procedimientos de laboratorio. • Se realiza en el consultorio del PCP. • Se realiza en el consultorio del especialista. • Se realiza en un centro de laboratorio independiente o en el consultorio de un especialista. • Se realiza como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. **Se requiere preautorización.**	 $0 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización.**
Atención neonatal y de maternidad • Cuidado prenatal. • Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. Una (1) consulta de atención médica a domicilio cubierta sin costo compartido si la madre recibe el alta del hospital antes. • Servicios de médicos y parteras para el parto. • Apoyo, asesoramiento y suministros para la lactancia materna, incluidos extractores de leche. Cubierto mientras dure la lactancia • Atención postnatal.	 $0 $0 $0 $0 $0
Cargo del centro de cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios. **Se requiere preautorización.**	$0 **Se requiere preautorización.**
Pruebas de Preadmisión	$0
Medicamentos recetados administrados en el consultorio o en centros ambulatorios • Administración. • Se realiza en el consultorio del PCP. • Se realiza en el consultorio del especialista. • Se realiza en centros ambulatorios. • Costo compartido por medicamentos recetados. Consulte la nota 6 a continuación en la página 97 con respecto al Costo compartido de los Medicamentos recetados cubiertos para el tratamiento de la diabetes. **Se requiere preautorización.**	 $0 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización.**

Servicios profesionales y atención médica ambulatoria	
Servicios radiológicos de diagnóstico. • Se realiza en el consultorio del PCP. • Se realiza en el consultorio del especialista. • Se realiza en un centro de radiología independiente. • Se realiza como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. **Se requiere preautorización.**	 $0 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización.**
Servicios radiológicos terapéuticos. • Se realiza en el consultorio del especialista. • Se realiza en un centro de radiología independiente. • Se realiza como servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. **Se requiere preautorización.**	 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización.**
Servicios de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla). • Se realiza en el consultorio del PCP. • Se realiza en el consultorio del especialista. • Se realiza en un centro ambulatorio. **Se requiere preautorización.**	 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización.**
Segundas opiniones sobre el diagnóstico de cáncer, cirugía y otros.	$0
Servicios quirúrgicos (incluidos cirugía oral; cirugía reconstructiva de mama; otras cirugías reconstructivas y correctivas; trasplantes). **Todos los trasplantes deben realizarse en los centros designados.** • Cirugía en el hospital como paciente internado. • Cirugía en el hospital como paciente ambulatorio. • Cirugía realizada en un Centro de cirugía ambulatoria. • Cirugía en consultorio. **Se requiere preautorización.**	 $0 $0 $0 $0 **Se requiere preautorización.**
Programa de telemedicina.	$0

Beneficios, equipos y dispositivos adicionales	
* El Costo compartido de los Servicios cubiertos con un diagnóstico primario de salud mental o trastorno por consumo de sustancias puede ser menor que el Costo compartido que se enumera a continuación para cumplir con la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones de 2008 (MHPAEA).	
Equipo médico, suministros y educación de autogestión para diabéticos.	$0
Iniciativa de diabetes - Tras la aprobación federal, a partir de 2025 para hacer que los servicios sean más accesibles y asequibles, el Estado de Salud de New York (NY State of Health, NYSOH) cubrirá el Costo compartido dentro de la Red, como Copagos y Coseguro, para los afiliados a Essential Plan que tengan un diagnóstico primario de diabetes. Ver nota 6 en la página 97.	
• Educación relacionada con la diabetes. Ver nota 6 en la página 97.	$0
Se requiere preautorización.	**Se requiere preautorización.**
Aparatos ortopédicos y equipo médico duradero. **Se requiere preautorización.**	$0 **Se requiere preautorización.**
Aparatos auditivos externos. • Aparatos auditivos recetados **(Una compra cada tres [3] años).**	$0
Implantes cocleares. **(Uno [1] por oído por vez cubierto).** **Se requiere preautorización.**	$0 **Se requiere preautorización.**
Cuidado Paliativo • Paciente internado. • Paciente ambulatorio. 210 días por año del plan. Cinco (5) consultas de asesoramiento por duelo familiar.	 $0 $0
Suministros médicos **Se requiere preautorización.**	5% de coseguro **Se requiere preautorización.**
Dispositivos Ortopédicos • Externo. Un (1) dispositivo protésico, por extremidad, de por vida con cobertura por reparaciones y reemplazos.	 $0
• Interno. **Se requiere preautorización.**	Incluido como parte del costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados **Se requiere preautorización.**

Servicios para pacientes hospitalizados	
* El Costo compartido de los Servicios cubiertos con un diagnóstico primario de salud mental o trastorno por consumo de sustancias puede ser menor que el Costo compartido que se enumera a continuación para cumplir con la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones de 2008 (MHPAEA).	
Servicios de hospital para pacientes internados para un confinamiento continuo (incluida una hospitalización para cuidados por mastectomía, rehabilitación cardíaca y pulmonar, y cuidados al final de la vida).	$0
Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere Preautorización para las admisiones de emergencia.	**Se requiere autorización previa. Sin embargo, no se requiere Preautorización para las admisiones de emergencia.**
Servicios de bancos de sangre autólogos.	$0
Estadía de observación No se aplica copago si se transfiere directamente del entorno de cirugía ambulatoria a la observación.	$0
Centro de enfermería especializada (incluida rehabilitación cardíaca y pulmonar). 200 días por Año del plan. El límite de visitas no se aplica a un Centro de enfermería especializada para una afección de salud mental o trastornos por consumo de sustancias. No se aplica copago por cada admisión si se transfiere directamente del entorno hospitalario a un centro de enfermería especializada. **Se requiere preautorización.**	$0 **Se requiere preautorización.**
Servicios de habilitación para pacientes hospitalizados (Terapia Física, del Habla y Ocupacional) **Se requiere preautorización.**	$0 **Se requiere preautorización.**
Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados (terapia física, del habla y ocupacional) 60 días de terapias combinadas por Año del plan. El límite de visitas no se aplica a los servicios de rehabilitación para paciente hospitalizados para una afección de salud mental o trastornos por consumo de sustancias. **Se requiere preautorización.**	$0 **Se requiere preautorización.**

Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados durante una internación continua en un hospital (incluido el tratamiento residencial) **Se requiere autorización previa.** **Sin embargo, no se requiere Preautorización para las admisiones de emergencia.**	$0 **Se requiere autorización previa.** **Sin embargo, no se requiere Preautorización para las admisiones de emergencia.**
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (incluidos servicios de hospitalización parcial y programas intensivos para pacientes ambulatorios) • Visitas al consultorio. • Todos los demás servicios ambulatorios. **Se requiere preautorización.**	 $0 en consultorio o por telesalud $0 en consultorio o por telesalud **Se requiere preautorización.**
Servicios móviles de crisis **Se requiere preautorización.**	$0 **Se requiere preautorización.**
Tratamiento ABA para el trastorno del espectro autista. **Se requiere preautorización.**	$0 **Se requiere preautorización.**
Dispositivos de comunicación asistida para el trastorno del espectro autista. **Se requiere preautorización.**	$0 **Se requiere preautorización.**
Servicios de uso de sustancias para pacientes hospitalizados y obtener una internación continua en un hospital (incluido el tratamiento residencial) **Se requiere autorización previa.** **Sin embargo, no se requiere Preautorización para las admisiones de emergencia ni para los Centros participantes certificados por la OASAS.**	$0 **Se requiere autorización previa.** **Sin embargo, no se requiere Preautorización para las admisiones de emergencia ni para los Centros participantes certificados por la OASAS.**
Servicios relacionados con el consumo de sustancias para pacientes ambulatorios (que incluye la hospitalización parcial, servicios intensivos para pacientes ambulatorios y tratamiento con asistencia de medicamentos). • Visitas al consultorio. • Todos los demás servicios ambulatorios. • Programas para tratamiento de opioides • Todos los demás servicios ambulatorios. **Se requiere autorización previa.** **Sin embargo, no se requiere Preautorización para los Centros participantes certificados por la OASAS.**	 $0 en consultorio o por telesalud Copago de $0 en consultorio o por telesalud **Se requiere preautorización.**

Medicamentos recetados	
* Ciertos Medicamentos recetados no están sujetos al Costo compartido cuando se proporcionan de conformidad con las pautas integrales respaldadas por la HRSA o si el elemento o servicio tiene una calificación “A” o “B” de la USPSTF y se obtienen en una farmacia participante. Consulte la nota 6 en la página 97 con respecto al Costo compartido de los Medicamentos recetados cubiertos para el tratamiento de la diabetes. * El Costo compartido de los Servicios cubiertos con un diagnóstico primario de salud mental o trastorno por consumo de sustancias puede ser menor que el Costo compartido que se enumera a continuación para cumplir con la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones de 2008 (MHPAEA).	
Farmacia minorista	
Suministro de 30 días.	
Categoría 1	$0
Categoría 2	$0
Categoría 3	$0
No se requiere preautorización para los Medicamentos recetados antirretrovirales cubiertos para el tratamiento o la prevención del VIH o el SIDA y los Medicamentos recetados utilizados para tratar un trastorno por consumo de sustancias, incluidos los Medicamentos recetados para controlar la abstinencia y/o estabilización de opioides y para revertir una sobredosis de opioides.	Los copagos por dispositivos autoinyectores de epinefrina no excederán los $100 por año calendario después del deducible.
Suministro de hasta 90 días o Medicamentos de mantenimiento	
Categoría 1	$0
Categoría 2	$0
Categoría 3	$0 Los copagos por dispositivos autoinyectores de epinefrina no excederán los $100 por año calendario después del deducible.
Farmacia de venta por correo postal	
Suministro de hasta 90 días	
Categoría 1	$0
Categoría 2	$0
Categoría 3	$0
El Costo compartido de la farmacia de pedido por correo postal se aplicará a los Medicamentos recetados obtenidos en una Farmacia minorista participante que acepte el mismo monto de reembolso que la farmacia de pedido por correo postal.	Los copagos por dispositivos autoinyectores de epinefrina no excederán los $100 por año calendario después del deducible.

Medicamentos recetados	
Fórmulas Enterales	
Categoría 1	$0
Categoría 2	$0
Categoría 3	$0
Medicamentos sin receta	
	$0
Beneficios de bienestar	
Reembolso de gimnasio.	Hasta $200 por período de seis (6) meses.
Atención dental y para la vista	
Atención dental	
• Servicios dentales preventivos.	$0
• Atención dental rutinaria.	$0
• Servicios dentales mayores (cirugía oral, endodoncia, periodoncia y prostodoncia).	$0
Un (1) examen y limpieza dental por período de seis (6) meses.	
Radiografías orales completas o radiografías panorámicas en intervalos de 36 meses y radiografías panorámicas de mordida en intervalos de seis (6) a 12 meses.	
La ortodoncia y los servicios dentales mayores requieren preautorización.	**La ortodoncia y los servicios dentales mayores requieren preautorización.**
Atención de la vista	
• Exámenes.	$0
• Lentes y monturas.	$0
• Lentes de contacto.	$0
Un (1) examen por un período de 12 meses, a menos que sea médicamente necesario.	
Un (1) par de lentes y montura recetados por un período de 12 meses; Año del plan, a menos que sea médicamente necesario.	
Las lentes de contacto requieren preautorización.	**Las lentes de contacto requieren preautorización.**

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

Comuníquese con nosotros al (800) 223-7242 (TTY:711) o visite nuestro sitio web Molinahealthcare.com para obtener información sobre su responsabilidad financiera cuando recibe Servicios cubiertos con un diagnóstico primario de salud mental o trastorno por consumo de sustancias.

1. *En virtud de la ley estatal y la Ley Federal de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones (MHPAEA) del 2008, los requisitos financieros (deducibles, copagos, coseguro y gastos de su propio bolsillo) y las limitaciones de tratamiento aplicables a los beneficios del trastorno por consumo de sustancias o salud mental no deben ser más restrictivos que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento predominantes aplicados a todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan. Los planes pueden incluir la variable "El límite de visitas no se aplica..." como una disposición opcional para garantizar el cumplimiento de la MHPAEA en lo que respecta a las limitaciones del tratamiento. Además, si el plan de salud proporciona cobertura para servicios fuera de la red, entonces también debe proporcionar cobertura para servicios fuera de la red para el tratamiento de afecciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias de conformidad con la MHPAEA.*
2. *El costo compartido por los servicios prestados mediante telesalud será, por lo menos, tan favorable para el asegurado como el costo compartido por el mismo servicio cuando no se preste mediante telesalud, de conformidad con los Artículos 3217-h(a) y 4306-g(a) de la Ley de Seguros y con el Artículo 4406-g(1) de la Ley de Salud Pública.*
3. *Los planes tienen la flexibilidad de decidir cuándo se requiere una remisión en un producto con red restringida.*
4. *El costo compartido por los servicios de emergencia en un hospital debe ser el mismo para los servicios dentro y fuera de la red.*
5. *El costo compartido para el tratamiento ABA y los dispositivos de comunicación de asistencia debe ser el copago del médico de atención primaria (PCP).*
6. *Tras la aprobación federal, a partir de 2025, para los afiliados a Essential Plan que tengan un diagnóstico primario de diabetes, el Estado de Salud de New York cubrirá los costos compartidos dentro de la red, como copagos y coseguros, para determinados artículos y servicios relacionados con el diagnóstico. Puede encontrar información adicional sobre la Iniciativa de Diabetes 2025 aquí:* info.nystateofhealth.ny.gov/sites/default/files/Attachment%20U%20-%20Revised%20071124%202025%20Cost%20Sharing%20Reduction%20Initiatives.pdf.
7. *Los servicios de aborto pueden no estar sujetos a copago o coseguro.*
8. *A partir del 1 de junio del 2021, no habrá obligaciones de costo compartido para las personas inscritas en servicios dentales y para la vista cubiertos.*
9. **A partir del 1 de abril de 2024, no habrá obligaciones de Costo compartido para las personas inscritas que queden embarazadas mientras tienen cobertura de cualquier Essential Plan. El costo compartido se eximiría durante el embarazo, junto con un año de cobertura posparto. El período de cobertura de 12 meses para posparto comenzará el último día de su embarazo y terminará el último día del mes 12.*
10. *Los Artículos 3216(i)(31-b), 3221(l)(7-b) y 4303(l-2) de la Ley de Seguros establecen que toda póliza que ofrezca cobertura para el tratamiento en un programa de tratamiento de opioides no impondrá al asegurado un copago o coseguro durante el curso del tratamiento por dicho tratamiento. "Programa de tratamiento con opioides" significa un programa o profesional que participa en el tratamiento con opioides de personas con un medicamento de tratamiento con agonistas opioides.*
11. *Los Artículos 3216(i)(39), 3221(k)(23) y 4303(vv) de la Ley de Seguros establecen que el costo compartido de los dispositivos autoinyectores de epinefrina no puede superar los $100 anuales.*

34469OTHMDNYES | 260123