

# Child Health Plus

Contrato y Manual para miembros



Este manual le indicará cómo utilizar el plan de Healthfirst de su hijo/a.  
Guárdelo donde pueda encontrarlo cuando lo necesite.

# ¿Cómo me comunico con Healthfirst y sus proveedores de servicios?

Comunicarse con nosotros cuando necesita ayuda es fácil. La forma más rápida para obtener las respuestas que necesita suele ser en línea, pero también estamos disponibles para hablar en persona en nuestros centros de asistencia o por teléfono, si le resulta más cómodo.

## EN LÍNEA

<b>Sitios web de Healthfirst</b>	<b>Healthfirst.org</b> (para obtener información general) <b>MyHFNY.org</b> (inicie sesión en su cuenta segura en el portal para miembros en línea) <b>HFDocFinder.org</b> (busque un médico, especialista, centro de atención de urgencia u hospital) <b>HealthfirstBillPay.org</b> (si se requiere, pague su prima mensual o configure pagos automáticos y fáciles)
<b>NY State of Health, el Mercado Oficial de Planes de Salud del Estado de Nueva York</b>	<b>NYStateofHealth.ny.gov</b>

## POR CORREO

<b>Correspondencia general de los miembros</b>	<b>Child Health Plus de Healthfirst</b> 100 Church Street New York, NY 10007
<b>Servicio de pedidos de medicamentos recetados por correo de una farmacia CVS (únicamente)</b>	<b>P.O. Box 2110, Pittsburgh, PA 15230-2110</b>

## POR TELÉFONO

<b>Servicios a los Miembros de Healthfirst</b>	<b>1-866-GO-FOR-HF (1-866-463-6743)</b> De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. TTY en español: 1-888-867-4132
<b>Administración de cuidados de Healthfirst</b>	<b>1-800-404-8778</b> De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. TTY en español: 1-888-867-4132
<b>Servicio de pedidos de medicamentos recetados por correo de una farmacia CVS (únicamente)</b>	<b>1-800-378-5697</b> De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:30 p.m.
<b>DentaQuest</b> Elija un dentista primario (dentista habitual) para el cuidado dental de su hijo/a	<b>Servicios a los Miembros: 1-800-508-2047</b> De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.
<b>Davis Vision</b> Programe una cita para el chequeo de la visión anual sin costo de su hijo/a	<b>Servicios a los Miembros: 1-800-999-5431</b> De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 11:00 p.m.; sábado, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.; domingo, de 12:00 p.m. a 4:00 p.m.

# Bienvenido al seguro médico que está a su lado

Gracias por elegir a Healthfirst para las necesidades de seguro médico de su hijo/a. Estamos a su lado para brindarle acceso a una amplia variedad de cuidados y servicios, incluida nuestra gran red de médicos y especialistas en algunos de los hospitales y centros médicos más prestigiosos de la ciudad de Nueva York y de Long Island. También ofrecemos centros de atención de urgencia dentro de la red para brindarle una comodidad adicional. Asimismo, los eventos de bienestar de nuestra comunidad están diseñados para familias como la suya. ¿Necesita respuestas para sus preguntas sobre salud? Healthfirst está a su lado prácticamente a través de cualquier medio: en línea, personalmente y por teléfono.

Este Manual para miembros le brinda información importante sobre los beneficios de su hijo/a, las herramientas en línea y más, para ayudarle a conocer el nuevo plan de salud de su hijo/a. Para hacerlo aún más fácil, también hemos incluido el siguiente material para miembros en el **Paquete de Bienvenida** de su hijo/a:

- **Lista de medicamentos de referencia:** se trata de una lista de los medicamentos recetados más comunes cubiertos por el plan de su hijo/a
- **Programa de Tarjetas de Recompensas de Bienestar:** Obtenga recompensas solo por cuidar la salud de su hijo/a, como realizarle exámenes de detección preventivos, completar iniciativas de salud (por ejemplo, vacunas) o resurtir ciertos medicamentos recetados

**¿Busca un médico en la red de Healthfirst?** Consulte nuestro Directorio de proveedores en línea en **HFDocFinder.org** para crear su propio directorio personal de médicos, especialistas, hospitales, farmacias, centros de atención de urgencia y otros centros. Para solicitar una copia por correo de nuestro directorio, llame a Servicios a los Miembros o devuelva la tarjeta adjunta en el sobre con franqueo postal pagado a: Healthfirst Provider Directory, P.O. Box 5165, New York, NY 10275-0308.

## ¿Está listo para comenzar?

Siga leyendo para obtener más información sobre los beneficios y el plan de salud de su hijo/a. Existen dos formas de registrar su cuenta personal en línea y obtener la información que necesita, incluida una lista completa de los beneficios del plan y la cobertura:

- Visite **MyHFNY.org** desde su computadora o teléfono inteligente.
- Llame a Servicios a los Miembros al **1-866-GO-FOR-HF (1-866-463-6743)** (TTY: 1-888-867-4132), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Podemos crear su cuenta en línea si tiene problemas para navegar por el sitio.

## IMPORTANTE:

Por lo general, debe renovar el plan Child Health Plus de su hijo/a cada año para mantener su cobertura de salud. Anote la fecha de inicio del plan de su hijo/a y recuerde renovar con Healthfirst cerca del mismo momento el siguiente año.

Fecha de inicio \_\_\_\_\_

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

**Healthfirst** ofrece lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos para las personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo primer idioma no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **Healthfirst** al **1-866-463-6743**. Para los servicios TTY, llame al 1-888-867-4132.

Si cree que **Healthfirst** no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a nuestro equipo de **Coordinación de Derechos Civiles**:

- **Por correo:** Member Services, P.O. Box 5165, New York, NY 10007
- **Por teléfono:** **1-866-463-6743** (para servicios de TTY, llame al 1-888-867-4132)
- **Por fax:** 1-212-801-3250
- **En persona:** 100 Church Street, New York, NY 10007
- **Por correo electrónico:** comuníquese con Healthfirst por correo electrónico al enviar una consulta o queja formal a <http://healthfirst.org/members/contact/>

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos:

- **Por Internet:** Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

■ **Por correo:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

■ **Por teléfono:** **1-800-368-1019**  
(TTY 1-800-537-7697)

---

Este manual también está disponible en inglés y chino.

This handbook is available in English.

本手冊可用西班牙文與中文提供。

---

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-463-6743, TTY: 1-888-867-4132.

**ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-463-6743, TTY: 1-888-542-3821.

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-463-6743, TTY: 1-888-542-3821.

**ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-463-6743, TTY: 1-888-542-3821.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-463-6743, TTY: 1-888-542-3821.

**注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-463-6743, TTY: 1-888-542-3821.

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-866-463-6743, TTY: 1-888-542-3821. 번으로 전화해 주십시오.

# Comencemos

Debido a que si hijo/a es un/a miembro nuevo/a de Healthfirst, debe haber recibido lo siguiente:

- La tarjeta de identificación de miembro de su hijo/a con la asignación de un proveedor de cuidado primario** (*Primary Care Provider, PCP por sus siglas en inglés*). Identifica a su hijo/a como miembro de Healthfirst y muestra al médico de cuidado primario/pediatra asignado a su hijo/a. Desde luego, puede elegir cambiar a otro médico de la red de Healthfirst en cualquier momento. Esta tarjeta le ayuda a su hijo/a a recibir cuidados en los consultorios médicos, los consultorios de especialistas, los centros de atención de urgencia, los hospitales y las farmacias dentro de la red de Healthfirst. Llévela con usted en todo momento. Si aún no la ha recibido, llame a Servicios a los Miembros al **1-866-GO-FOR-HF (1-866-463-6743)**.

**Lo que puede hacer durante los próximos 30 días para que su hijo/a aproveche al máximo su plan de salud de Healthfirst:**

- Programe un chequeo anual** con el PCP/pediatra de su hijo/a. Todas las consultas de cuidado preventivo recomendadas son gratuitas (obtenga más información sobre los beneficios gratuitos de cuidado preventivo de su hijo/a en la página V).
- Elija un dentista** llamando a DentaQuest al **1-800-508-2047** y programe una cita para el chequeo dental y las limpiezas semianuales gratuitos de su hijo/a.
- Llame a **Davis Vision** al **1-800-999-5431** y programe una cita para el chequeo de la visión anual gratuito de su hijo/a.
- Visite **MyHFNY.org** para inscribirse para una cuenta personal en línea en nuestro portal para miembros. Para conocer los pasos para crear una cuenta, consulte la página VI. O bien, llame a Servicios a los Miembros y crearemos una cuenta en línea por usted.
- Decida si desea cambiar el PCP que le fue asignado a su hijo/a por otro médico de la red de Healthfirst. Visite **HFDocFinder.org** para buscar médicos en nuestra red y vaya a **MyHFNY.org** para actualizar el PCP de su hijo/a usted mismo o llame a Servicios a los Miembros para hacer el cambio.
- Llame e inscribese en nuestro **Programa de administración de cuidados** gratuito si su hijo/a necesita asistencia para administrar una enfermedad crónica, como asma o diabetes. Para obtener más información, consulte la página IV.
- Encuentre un Centro de asistencia de Healthfirst** cercano para obtener respuestas en persona a sus preguntas sobre el seguro médico. ¿Se siente más cómodo hablando en otro idioma que no sea el español? Está bien. Nuestros representantes del Departamento de Servicios a los Miembros hablan muchos idiomas.
- Compruebe qué fácil es obtener recompensas con nuestro **Programa de Tarjetas de Recompensas** de Bienestar. Consulte el formulario de inscripción que se adjunta.
- Para los miembros que deben pagar primas únicamente: visite **HealthfirstBillPay.com** para pagar sus primas mensuales. Para obtener más información, consulte la página VIII.



# ¿Qué debería saber sobre el plan de salud de mi hijo/a?

El plan Child Health Plus de Healthfirst de su hijo/a ofrece acceso a los beneficios de salud, incluido lo siguiente:



Servicios de cuidado primario con un PCP/pediatra (o médico principal) para la mayoría de las necesidades de cuidado médico. Incluye consultas de niño sano que cubren inmunizaciones y tratamientos para resfriados y gripes y exámenes de detección. Consulte la página V para obtener más detalles.



Servicios de especialistas con médicos o personal de enfermería que se especializa en tratar ciertas enfermedades, como diabetes, asma, alergias, acné y laringitis. Algunos especialistas requieren una remisión del PCP/pediatra de su hijo/a antes de poder atenderlo/a.



Atención de urgencia y visitas a la sala de emergencias.



Servicios hospitalarios con cuidado para pacientes internos (se requiere estadía de una noche o más) y pacientes ambulatorios (no se requiere estadía de una noche).



Cuidado dental con tratamiento dental integral.



Atención de la visión con exámenes de la vista de rutina y anteojos.



Cobertura de medicamentos recetados.



Análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes (incluidos los análisis de sangre y las radiografías) para detectar la causa de una enfermedad.



Los servicios de salud del comportamiento y de abuso de sustancias incluyen asesoramiento, intervención en casos de crisis, tratamiento para pacientes internos y ambulatorios, servicios de desintoxicación y más.



Examen de audiología de rutina anual, servicios y productos para audífonos.



Servicios de rehabilitación incluidas fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.



Equipo médico duradero (*Durable Medical Equipment, DME* por sus siglas en inglés) incluidos nebulizadores, inhaladores para el asma, yesos, muletas, productos ortopédicos y sillas de ruedas.

## ¿De qué otra manera ayuda Healthfirst a mi hijo/a a mantenerse saludable?

### Programa de Tarjetas de Recompensa de Bienestar

Como miembro de Child Health Plus, su hijo/a puede calificar para obtener recompensas al completar ciertos exámenes preventivos e iniciativas de salud, como consultas de niño sano y vacunas. Las tarjetas de recompensas pueden utilizarse en determinadas tiendas, como CVS/ Pharmacy, Kmart, Macy's y más. Después de que su hijo/a realice un servicio que califique, complete y envíe un formulario de recompensas.

Para obtener el formulario, llame a Servicios a los Miembros al **1-866-GO-FOR-HF (1-866-463-6743)**.

### Programa de Administración de cuidados

Si su hijo/a corre riesgo de desarrollar una enfermedad crónica o actualmente vive con una afección crónica como asma, diabetes o un problema de salud del comportamiento/abuso de alcohol o drogas, Healthfirst puede ayudar. Llame a la Administración de Cuidados al **1-800-404-8778** para obtener más información.

# Acceso a muchos tipos de cuidados

El plan Child Health Plus de Healthfirst le brinda a su hijo/a acceso a diferentes tipos de cuidados. Si no está seguro de adónde debe ir para recibir cuidado médico, esta es una guía general:

- Para el cuidado primario, como los chequeos y vacunas, su hijo/a debe consultar a su PCP/ pediatra (médico principal).
- Para el cuidado de especialidad, como el cuidado de la piel o la diabetes, su hijo/a debe consultar a un especialista (se requiere una remisión de su PCP).
- Cuando el PCP de su hijo/a no esté disponible y exista un problema de salud inmediato pero que no ponga en peligro la vida, debe ir a un centro de atención de urgencia.

## Cuidado primario

El PCP de su hijo/a es el pediatra que usted consulta para atender sus necesidades de cuidado médico. El PCP puede ser un médico generalista o, en algunos casos, un especialista.

## Cuidado de especialidad

Para consultar a un especialista, necesitará primero una remisión del PCP de su hijo/a. Si su hijo/a consulta a un especialista sin la remisión de su PCP, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios.

Se requieren remisiones para la mayoría de los servicios. Algunas excepciones incluyen a obstetras/ginecólogos, pediatras (si son el PCP de su hijo/a), cuidado dental, cuidado de la visión, servicios de salud del comportamiento, servicios de abuso de sustancias y centros de atención de urgencia.

**Importante:** ya sea que su hijo/a necesite acceso a servicios médicos preventivos (como una vacuna antigripal) o a cuidados en un centro de atención de urgencia, puede confiar en que el seguro médico de Healthfirst estará allí para ayudarlo a usted y a su familia.

Asegúrese de que el médico, los especialistas, el centro de atención de urgencia, el hospital o el laboratorio de su hijo/a estén dentro de la red antes de programar una cita. Esto le permitirá evitar costos sorpresas cuando su hijo/a necesite recibir cuidados. ¿Por qué? Porque la cobertura del plan de su hijo/a no incluye beneficios fuera de la red (excepto en situaciones de atención de urgencia o emergencia u otros servicios).

Para obtener una lista completa de todos los servicios médicos cubiertos de su hijo/a, consulte las páginas a 5 a 12. También puede llamar a Servicios a los Miembros al **1-866-GO-FOR-HF (1-866-463-6743)** o visite **MyHFNY.org**. Una vez que ingrese allí, registre su cuenta personal en línea para miembros y vea los detalles del plan de su hijo/a. Nuestro sitio web es compatible con teléfonos celulares para que usted pueda acceder a su cuenta en línea desde su teléfono inteligente o desde cualquier dispositivo móvil.

Para obtener una lista completa de los servicios de cuidado médico que no necesitan una remisión, visite **MyHFNY.org**.

## Atención de urgencia

Al tener acceso a una red sólida de centros de atención de urgencia, su hijo/a puede recibir cuidado inmediato que no sea de emergencia en caso de que el consultorio de su médico esté cerrado. Esto puede ayudarlo a ahorrar en tiempo y dinero. Los centros de atención de urgencia son centros médicos en los que no necesita cita previa, que están equipados para manejar problemas de salud menores como infecciones, malestar estomacal, fiebre, esguinces, fracturas menores y huesos quebrados, puntos, radiografías y más. Visite **HFDocFinder.org** para encontrar un centro de atención de urgencia cercano.

## Cuidado de emergencia

Si su hijo/a tiene una emergencia, llame siempre al 911 o diríjase a la sala de emergencia más cercana, sobre todo si cree que esperar empeorará su estado. Entre las emergencias se incluyen sangrado incontrolable, dolor de pecho, envenenamiento y reacción alérgica grave.

¿Sabía que...? No se requiere una autorización previa si su hijo/a necesita cuidado de emergencia de inmediato. Sin embargo, llame a Healthfirst en un plazo de 48 horas para informarnos que su hijo/a ha sido tratado/a en una sala de emergencia.

# ¿Qué tipos de herramientas en línea están disponibles?

Ya sea que desee encontrar un médico, imprimir una identificación temporal u obtener información sobre los beneficios del plan, puede hacerlo con facilidad en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con su computadora, tableta o hasta su teléfono inteligente. Nuestro sitio web está disponible en español, inglés y chino.

**Active su cuenta segura en el portal para miembros en línea hoy mismo, de la siguiente manera:**

## Paso 1

- Visite **MyHFNY.org**.
- Haga clic en "Nuevo usuario - Registrarse" (New Users - Sign Up).
- Lea el Acuerdo de licencia (License Agreement) y haga clic en "Estoy de acuerdo" (Agree).

## Paso 2

- Complete su información personal (incluido su número de identificación de miembro de Healthfirst) y haga clic en "Siguiendo" (Next).
- Cree un nombre de usuario y contraseña, ingrese su dirección de correo electrónico y haga clic en "Siguiendo" (Next).

## Paso 3

- Elija sus preguntas de seguridad, complete sus respuestas y haga clic en "Siguiendo" (Next).
- Verifique su información y haga clic en "Completar" (Complete). **¡Y listo!**

**Disfrute del acceso en línea a su cuenta de miembro las 24 horas del día, los 7 días de la semana:**

- Busque un médico, una farmacia, un centro de atención de urgencia o una clínica dentro de nuestra red.
- Imprima una tarjeta de identificación de miembro temporal.
- Vea sus servicios médicos y autorizaciones recientes.
- Revise los beneficios del plan de su hijo/a.
- Cambie el PCP de su hijo/a.
- Acceda a los beneficios de farmacia.
- Consulte una lista completa de medicamentos recetados cubiertos por el plan de su hijo/a.

**¿Tiene dificultades para navegar en línea por el sitio?**

Siempre puede llamar a Servicios a los Miembros para solicitar asistencia. Con gusto le ayudaremos a crear su cuenta en línea y con todo lo que necesite.

**¿Necesita un nuevo médico o desea saber si el médico actual de su hijo/a pertenece a nuestra red?**

**Use la herramienta de búsqueda de proveedores fácil de usar** para obtener la información que necesita (incluidos los horarios de atención, los lugares y la afiliación a hospitales).

Visite **HFDocFinder.org** y seleccione el plan de salud de Healthfirst de su hijo/a para acceder a nuestro directorio. Además de encontrar médicos en **nuestra red, también puede buscar especialistas, dentistas, farmacias, proveedores de salud del comportamiento, hospitales, centros de atención de urgencia y más.**

**Herramienta de búsqueda de proveedores**

## Paso 1

- Visite **HFDocFinder.org**.
- Seleccione el idioma en la esquina superior derecha.
- Seleccione el plan de su hijo/a en la lista de opciones: Child Health Plus de Healthfirst

## Paso 2

- Seleccione uno de los enlaces rápidos en verde para ver los médicos por categoría, o use la sección de búsqueda que se encuentra en la esquina superior de la página para encontrar un médico o una especialidad en particular.

## Paso 3

**Para reducir la lista de resultados, usted puede hacer lo siguiente:**

- Ingresar su código postal para encontrar el médico que se encuentre más cerca.
- Seleccionar una especialidad.
- Seleccionar médicos que aceptan pacientes nuevos.
- Seleccionar el género que prefiera.
- Hacer clic en la flecha de la derecha para ver más opciones de búsqueda.

**Administre los medicamentos recetados de su hijo/a de manera conveniente y práctica en línea.**

Registre su cuenta en **caremark.com** para pedir surtidos nuevos, recibir alertas de medicamentos recetados, controlar el estado del pedido, pedir que se le envíen los medicamentos a su casa de manera más rápida y más.



# ¿Qué información figura en la tarjeta de identificación de miembro de mi hijo/a?

Recuerde tener siempre con usted la tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst de su hijo/a, de modo que esté disponible cuando su hijo/a necesite servicios médicos. Asegúrese de presentarla cuando su hijo/a reciba servicios de cuidado médico por parte de un médico o de un hospital, o para que obtenga medicamentos recetados. **Si todavía no recibió la tarjeta de su hijo/a por correo, llame a Servicios a los Miembros.**

## El número de identificación de miembro de su hijo/a

El proveedor de cuidado primario de su hijo/a

N.º 800 de servicios dentales

healthfirst®  
RxBIN 004336 RxPCN ADV RxGrp RX1113

**Jane Doe**  
Member ID: 9000XXXX1

Provider Name: Dr. John Doe  
Provider Phone: 212-000-0000  
Dental: 800-508-2047

Visit [MyHFNY.org](http://MyHFNY.org) to find a doctor, view your benefits, and more!  
CHP13\_05

Números de contacto preferido

Número de teléfono de Servicios a los Miembros

Dirección postal para enviar reclamaciones de medicamentos recetados

**This card does not guarantee coverage.**  
I agree by the use of this card to release to Healthfirst and its delegates any medical information needed to administer my benefits.

**For Members**  
Member Services: 1-866-463-6743 (☎) : 1-888-542-3821  
Website: healthfirst.org

**For Providers**  
**Medical**  
Eligibility: 1-888-801-1660  
Prior Authorization: 1-888-394-4327  
Electronic Claims: Payer ID 80141  
Paper Claims: Healthfirst Claims Dept.  
P.O. Box 958438  
Lake Mary, FL 32795-8438

**Pharmacy**  
Help Desk: 1-800-364-6331  
Claims: CVS Caremark  
P.O. Box 52136  
Phoenix, AZ 85072-2136

## ¿Qué sucede si pierdo la tarjeta de identificación de miembro de mi hijo/a?

No se preocupe. Su hijo/a sigue teniendo cobertura. Hemos facilitado el proceso de reemplazo de la tarjeta de identificación de miembro para que usted reciba una nueva lo antes posible:

1. La forma más rápida es ingresar en línea en **MyHFNY.org** (su portal para miembros) y solicitar una tarjeta de identificación de miembro de reemplazo (vaya a la página VI para obtener más información), o bien
2. Llame a Servicios a los Miembros al **1-866-GO-FOR-HF (1-866-463-6743)** de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

## Imprima una tarjeta de identificación temporal

Si su hijo/a necesita consultar a un médico antes de recibir la tarjeta de identificación de reemplazo, visite **MyHFNY.org** para imprimir una tarjeta temporal o recuperar una imagen de la tarjeta de identificación de miembro de su hijo/a en su teléfono inteligente o tableta.

También puede llamar al Departamento de Servicios a los Miembros y allí podrán indicarle qué información debe proporcionarle al médico de su hijo/a.

# ¿Qué es la prima mensual?

La prima del seguro médico es el monto que algunos padres/tutores deben pagar a Healthfirst cada mes por el plan de seguro Child Health Plus de Healthfirst de su hijo/a (según su nivel de ingresos). El pago de la prima vence antes de que la cobertura entre en vigencia y el primer día de cada mes siguiente.

**Si debe pagar una prima**, recuerde pagarla mensualmente para asegurarse de que la cobertura de salud de su hijo/a no se interrumpa. Facilitamos este proceso con cuatro formas convenientes de pagar:



## En línea

Visite [HealthfirstBillPay.com](http://HealthfirstBillPay.com).



## Por teléfono

Llame a Servicios a los Miembros al **1-866-GO-FOR-HF (1-866-463-6743)** (TTY 1-888-867-4132) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.



## Por correo

Incluya su número de cuenta en su cheque o giro postal.

Healthfirst PHSP, Inc.  
Child Health Plus  
P.O. Box 48242  
Newark, NJ 07101



## En persona

Pague con cheque o giro postal en el centro de asistencia de Healthfirst más cercano.

Tenga en cuenta que no aceptamos pagos en efectivo.

Para conocer los lugares de pago, consulte la portada posterior de este manual o visite [Healthfirst.org/locations](http://Healthfirst.org/locations).

## Recordatorio

**Si debe pagar una prima, recuerde pagarla antes del primer día de cada mes para asegurarse de que la cobertura de salud de su hijo/a no se interrumpa.**

# Preguntas frecuentes (FAQ) sobre cómo renovar la cobertura de salud de su hijo/a

La forma más fácil de renovar el plan Child Health Plus de su hijo/a es llamar a su representante de Healthfirst; por lo tanto, comuníquese con nosotros cuando sea el momento de renovar la cobertura de su hijo/a. Puede programar una cita por teléfono, visitarnos en uno de nuestros centros de asistencia o programar una visita en el hogar conveniente y lo visitaremos. Aquí hay algunas respuestas a las preguntas frecuentes sobre cómo renovar la cobertura de Child Health Plus:

## ¿Debo renovar el plan Child Health Plus de mi hijo/a?

Sí. Por lo general, la cobertura de Child Health Plus vence **un año después de la inscripción** y debe renovar el plan de salud de su hijo/a todos los años.

## ¿Recibiré una notificación antes de que venza la cobertura de mi hijo/a?

Recibirá un aviso del NY State of Health (NYSOH) por correo postal o correo electrónico, según la preferencia de comunicación que eligió antes de la fecha de aniversario de su hijo/a. Asegúrese de abrir y leer el aviso para obtener todos los detalles sobre cómo renovar el plan de seguro médico de su hijo/a. La forma más fácil de hacer la renovación es comunicarse con su representante de Healthfirst o ir a uno de nuestros centros de asistencia.

**La cobertura de su hijo/a se cancelará si no la renueva antes de la fecha solicitada.**

**Importante:** si se muda, comuníquese con Healthfirst y Departamento Local de Servicios Sociales (*Local Department of Social Services*, LDSS por sus siglas en inglés)/Administración de Recursos Humanos (*Human Resources Administration*, HRA por sus siglas en inglés)/NY State of Health (NYSOH) para actualizar su dirección de correo postal.

## ¿Cuándo debo renovar el plan Child Health Plus de mi hijo/a?

Es importante renovar el plan Child Health Plus de su hijo/a antes de que venza la cobertura. Debería recibir un aviso del NYSOH por correo postal o correo electrónico, según la preferencia de comunicación que eligió, aproximadamente 60 días antes de la fecha de renovación de su hijo/a. **Solo siga las instrucciones en el aviso recordatorio. Si no recibe un aviso recordatorio, llámenos y le ayudaremos.**

## ¿Cómo renuevo el plan Child Health Plus de mi hijo/a?

La forma más fácil y rápida de renovar la cobertura de Child Health Plus de su hijo/a es comunicarse con el representante de Healthfirst que originalmente le ayudó a inscribirse. También puede seguir cuidadosamente las instrucciones en su aviso de renovación y hacerlo usted mismo en el sitio web de NYSOH.

## ¿Qué sucede si no realiza la renovación?

La cobertura de Child Health Plus de su hijo/a **vencerá** y su hijo/a quedará sin seguro médico. Si su hijo/a se enferma o lesiona, no tendrá cobertura de salud, incluso en una emergencia, y usted deberá pagar cualquier cuidado recibido.

# ÍNDICE

	<b>PÁGINA</b>
SECCIÓN UNO—INTRODUCCIÓN .....	2
SECCIÓN DOS—QUIÉN ESTÁ CUBIERTO .....	3
SECCIÓN TRES—BENEFICIOS HOSPITALARIOS .....	4
SECCIÓN CUATRO—SERVICIOS MÉDICOS .....	5
SECCIÓN CINCO—CUIDADO DE EMERGENCIA.....	6
SECCIÓN SEIS—SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PARA TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS.....	6
SECCIÓN SIETE—OTROS SERVICIOS CUBIERTOS.....	7
SECCIÓN OCHO—INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE CÓMO FUNCIONA ESTE PLAN.....	12
SECCIÓN NUEVE—LIMITACIONES Y EXCLUSIONES .....	13
SECCIÓN DIEZ—PRIMAS DE ESTE CONTRATO .....	14
SECCIÓN ONCE—CANCELACIÓN DE LA COBERTURA.....	15
SECCIÓN DOCE—DERECHO A UN NUEVO CONTRATO DESPUÉS DE LA CANCELACIÓN.....	15
SECCIÓN TRECE—REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN .....	16
SECCIÓN CATORCE—APELACIONES EXTERNAS DE DECISIONES DE REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN.....	17
SECCIÓN QUINCE—QUEJAS Y PROBLEMAS CON SU COBERTURA .....	19
SECCIÓN DIECISÉIS—DISPOSICIONES GENERALES .....	20
AVISO DE PRIVACIDAD .....	22

## **CONTRATO DE SUSCRIPCIÓN DE CHILD HEALTH PLUS DE HEALTHFIRST PHSP, INC.**

Este es su Contrato de Child Health Plus con Healthfirst PHSP, Inc. Otorga a su hijo/a los beneficios estipulados en el Contrato. Este contrato continuará a menos que se rescinda por cualquier motivo descrito en el Contrato.

### **AVISO SOBRE EL DERECHO A EXAMINAR EL CONTRATO POR 10 DÍAS**

Usted tiene derecho a devolver este Contrato. Revíselo con atención. Puede devolverlo y pedirnos que lo cancelemos. Su solicitud debe realizarse por escrito en el plazo de diez (10) días a partir de la fecha en que recibió este Contrato. Le devolveremos cualquier prima que haya pagado. Si devuelve este Contrato, no le brindaremos ningún beneficio.

### **AVISO IMPORTANTE**

Todos los servicios cubiertos conforme a este Contrato deben ser brindados, organizados o autorizados por su médico de cuidado primario. Excepto en los siguientes casos, debe comunicarse con su médico de cuidado primario antes para recibir los siguientes beneficios: (1) cuidado de emergencia, descrito en la Sección cinco de este Contrato, (2) cierto cuidado de obstetricia y ginecología, descrito en la Sección cuatro de este Contrato, y (3) cierto cuidado dental y de la visión, descrito en la Sección siete de este Contrato.

## SECCIÓN UNO—INTRODUCCIÓN

1. **Programa Child Health Plus.** Este Contrato se emite conforme a un programa especial del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (*New York State Department of Health*, NYSDOH por sus siglas en inglés), diseñado para proporcionar cobertura de seguro médico subsidiada para niños que no tienen seguro en el Estado de Nueva York. Lo inscribiremos en el Programa Child Health Plus si cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por el Estado de Nueva York, y tendrá derecho a los servicios de cuidado médico descritos en este Contrato. Usted o el adulto responsable, según figura en la solicitud, deben informarnos sobre cualquier cambio en el estado (como residencia, ingresos, u otro seguro) que pueda cancelar su elegibilidad para participar en el Programa Child Health Plus, en un plazo de sesenta (60) días a partir del cambio.
2. **Cuidado médico a través de una “HMO”.** Este Contrato proporciona cobertura a través de una Organización de Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organization*, HMO por sus siglas en inglés). En una HMO, el cuidado debe ser **médicamente necesario**, y su médico de cuidado primario (PCP) debe proporcionarlo, organizarlo y autorizarlo previamente. Excepto en el caso de cuidado de emergencia y para determinados servicios de obstetricia y ginecología, el cuidado que recibe sin aprobación de su PCP no está cubierto. Además, la cobertura solo se brinda para el cuidado prestado por un proveedor participante, excepto en una emergencia o cuando su PCP lo refiere a un proveedor que no participa de la red.

Es su responsabilidad seleccionar un PCP de la lista de médicos participantes cuando se inscribe en esta cobertura. Para cambiar de PCP, puede visitar nuestro sitio web en [healthfirst.org](http://healthfirst.org) e iniciar sesión en el portal para miembros. Healthfirst le ayudará a elegir a un nuevo PCP, si así lo desea. Healthfirst le deberá emitir una nueva tarjeta de identificación donde figure su nuevo PCP. Se le asignará el nuevo PCP el mismo día que llame por teléfono a Healthfirst y solicite el cambio. Puede enviar una solicitud para un nuevo PCP por fax, teléfono o a través del portal para miembros. Una solicitud que se realice a través del portal para miembros o una llamada a Servicios a los Miembros entrará en vigencia el mismo día, pero una solicitud por escrito puede demorar aproximadamente 24 a 48 horas. Nos referiremos al PCP que haya elegido como “su PCP” en todo este Contrato.

3. **Vocabulario que usamos.** En todo este Contrato, nos referiremos a Healthfirst como “nosotros”, “nos” o “nuestro”. Las palabras “usted”, “su” o “suyo” se refieren a usted, el/la niño/a para quien se emite este Contrato y quien se nombra en la tarjeta de identificación.
4. **Definiciones.** Las siguientes definiciones se aplican a este Contrato:

- A. **“Contrato”** se refiere a este documento. Constituye el acuerdo legal entre usted y nosotros. Guarde este Contrato con sus documentos importantes para tenerlo disponible como referencia.
- B. **“Afección de emergencia”** significa una afección médica o del comportamiento de inicio repentino y que se manifiesta con síntomas de gravedad suficiente, incluidos dolores graves, que una persona prudente con conocimiento normal de medicina y salud podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en: (1) riesgo grave a la salud de la persona con dicha afección, en el caso de una afección del comportamiento, poner la salud de esa persona u otras en riesgo grave; o (2) una deficiencia grave de las funciones corporales de dicha persona; o (3) disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo de dicha persona; o (4) desfiguración grave de dicha persona.
- C. **“Servicios de emergencia”** significa aquellos servicios hospitalarios médicos y para pacientes ambulatorios necesarios para el tratamiento de una afección de emergencia.
- D. **“Hospital”** hace referencia a un hospital general de cuidados agudos y corto plazo que se caracteriza por lo siguiente:
  - 1) se dedica principalmente a proporcionar servicios de diagnóstico y servicios terapéuticos para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de personas enfermas o lesionadas a pacientes internos, bajo la supervisión constante de médicos; tiene departamentos organizados de medicina y cirugía mayor; tiene como requisito que todos los pacientes deban estar bajo cuidado de un médico o dentista;
  - 2) proporciona servicios de enfermería las 24 horas bajo la supervisión de un profesional en enfermería certificado (*registered professional nurse*, RN);
  - 3) si se encuentra en el Estado de Nueva York, tiene en vigencia un plan de revisión de hospitalización aplicable a todos los pacientes que cumple, al menos, con las normas estipuladas en la Sección 1861(k) de la Ley Pública de los Estados Unidos 89-97 (42 USCA-1395x[k]);
  - 4) tiene la licencia correspondiente como hospital conforme el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública de Nueva York; y

- 5) no es, salvo en forma circunstancial, un lugar de descanso, un lugar principalmente para el tratamiento de la tuberculosis, un lugar para personas mayores, un lugar para drogadictos o alcohólicos, o un lugar para cuidados de convalecencia, educación asistencial o rehabilitación.
- E. **“Medicamento necesario”** se refiere a servicios o suministros prestados por un hospital, centro de enfermería especializada, médico u otro proveedor de cuidado médico que son necesarios para diagnosticar o tratar la enfermedad o lesión de un miembro, según lo determina el criterio único de un director médico de Healthfirst. La definición de “medicamento necesario” es solo a los fines de cobertura y no a los fines de practicar la medicina o suplantar la opinión médica independiente de un proveedor de cuidado médico. Healthfirst se reserva el derecho de establecer políticas y protocolos para determinar si los servicios o suministros son medicamento necesarios. Los servicios medicamento necesarios se caracterizan por lo siguiente:
- 1) Condicionan con los síntomas o el diagnóstico y tratamiento de la afección, enfermedad o lesión del miembro;
  - 2) Son adecuados conforme a las normas aceptadas en la práctica médica;
  - 3) No sirven solo para conveniencia del miembro, su médico principal, un hospital u otro proveedor de cuidado médico; y
  - 4) Constituyen el suministro o nivel de servicios más adecuado que puede prestarse en forma segura al miembro.
- F. **“Hospital participante”** se refiere a un hospital que tenga un acuerdo con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros.
- G. **“Farmacia participante”** se refiere a una farmacia que tenga un acuerdo con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros.
- H. **“Médico participante”** se refiere a un médico que tenga un acuerdo con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros.
- I. **“Proveedor participante”** se refiere a cualquier médico, hospital, agencia de cuidado médico en el hogar, laboratorio, farmacia u otra entidad participante que tenga un acuerdo con nosotros para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros. No pagaremos los servicios de salud prestados por un proveedor que no participa de la red, excepto en una emergencia o cuando su PCP lo refiere a ese proveedor que no participa de la red con nuestra aprobación.
- J. **“Médico de cuidado primario”** o **“PCP”** se refiere al médico participante que usted elige cuando se inscribe, o al que se cambia después conforme a nuestras reglas, y que proporciona u organiza todos sus servicios cubiertos de cuidado médico.
- K. **“Área de servicio”** se refiere a los siguientes condados:
- 1) Kings (Brooklyn)
  - 2) Bronx
  - 3) Nueva York (Manhattan)
  - 4) Queens
  - 5) Richmond (Staten Island)
  - 6) Nassau
  - 7) Suffolk
- Debe residir en el área de servicio para tener cobertura conforme a este Contrato.

## SECCIÓN DOS—QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

1. **Quién está cubierto conforme a este Contrato.** Usted está cubierto conforme a este Contrato si cumple con los siguientes requisitos:
  - A. Tiene menos de (19) años.
  - B. No tiene otra cobertura de servicios de la salud.
  - C. No es elegible para Medicaid.
  - D. Es residente permanente del Estado de Nueva York y residente de nuestra área de servicios.
2. **Recertificación.** Revisaremos su solicitud de cobertura para determinar si cumple con los requisitos de elegibilidad de Child Health Plus. Cuando se le pida, debe volver a presentarnos una solicitud para que podamos determinar si todavía cumple con los requisitos de elegibilidad. Este proceso se denomina **“recertificación”**.
3. **Cambio en las condiciones.** Debe notificar a NY State of Health sobre cualquier cambio en sus ingresos, residencia o cobertura de servicios de la salud que puedan cancelar su elegibilidad para este Contrato. Debe presentarnos este aviso en el plazo de treinta (30) días a partir del cambio. Si no nos presenta el aviso de cambio en las condiciones, es posible que se le solicite que devuelva el dinero de las primas que se pagaron por usted.

## SECCIÓN TRES—BENEFICIOS HOSPITALARIOS

1. **Cuidado en un hospital.** Tiene cobertura de cuidado médicamente necesario como paciente interno en un hospital si se cumplen las siguientes condiciones:
  - A. Excepto cuando se lo ingrese en el hospital en una emergencia o su PCP haya organizado su ingreso en un hospital que no participa de la red, el hospital debe ser un hospital participante.
  - B. Excepto en una emergencia, su ingreso debe estar previamente autorizado por su PCP.
  - C. Debe estar registrado como paciente en cama para el tratamiento adecuado de una enfermedad, lesión o afección que no pueda tratarse como paciente ambulatorio.
2. **Servicios cubiertos para pacientes internos.** Los servicios cubiertos para pacientes internos conforme a este Contrato incluyen lo siguiente:
  - A. Cama y comidas diarias, incluso dietas especiales y terapia nutricional;
  - B. Servicio de enfermería para cuidado general, especial y crítico, pero no servicio de enfermería privado;
  - C. Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con operaciones quirúrgicas, centros de recuperación, anestesia y centros para cuidados intensivos o especiales;
  - D. Oxígeno y otros servicios y suministros terapéuticos de inhalación;
  - E. Drogas y medicamentos que no sean experimentales;
  - F. Sueros, elementos biológicos, vacunas, preparaciones intravenosas, apósitos, yesos y materiales para estudios de diagnóstico;
  - G. Productos sanguíneos, excepto cuando la participación en un programa de reemplazo de sangre voluntario está disponible;
  - H. Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con estudios de diagnóstico y control de funciones fisiológicas, incluidos, entre otros, análisis de laboratorio, estudios y exámenes patológicos, cardiográficos, endoscópicos, radiológicos y electroencefalográficos;
  - I. Centros, servicios y suministros relacionados con medicina física y rehabilitación y terapia ocupacional, que sean prestados en un hospital. Los servicios prestados en un centro de enfermería especializada o un centro de rehabilitación no están cubiertos;
  - J. Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con radioterapia y terapia nuclear;
  - K. Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con cuidado médico de emergencia;
  - L. Quimioterapia;
  - M. Radioterapia;
  - N. Centros, servicios y suministros relacionados con servicios de salud mental, por abuso de sustancias y abuso de alcohol; y
  - O. Todos los servicios, suministros y equipos médicos, quirúrgicos o relacionados adicionales que habitualmente se prestan en el hospital, excepto en la medida en que este Contrato los excluya.
3. **Cuidado de maternidad.** Además de las complicaciones perinatales, pagaremos el cuidado hospitalario para pacientes internos durante, al menos, cuarenta y ocho (48) horas después del nacimiento por cualquier parto que no sea cesárea. Pagaremos el cuidado hospitalario para pacientes internos durante, al menos, noventa y seis (96) horas después de una cesárea. La cobertura de cuidado de maternidad incluye educación para los padres, asistencia y capacitación sobre lactancia materna o con biberón, así como la realización de evaluaciones clínicas necesarias de la madre y el recién nacido.

Tiene la opción de recibir el alta antes de las 48 horas (96 horas en el caso de una cesárea). Si opta por un alta anticipada, pagaremos una visita de cuidados en el hogar si la solicita en el plazo de 48 horas después del parto (96 horas en el caso de una cesárea). La visita de cuidados en el hogar se realizará en el plazo de 24 horas después del alta del hospital o su solicitud de cuidados en el hogar, lo que sea posterior. La visita de cuidados en el hogar se realizará además de las visitas de cuidados en el hogar cubiertas en virtud de la Sección siete de este Contrato.
4. **Limitaciones y exclusiones.**
  - A. No brindaremos ningún beneficio por ningún día que esté fuera del hospital, ni siquiera por una parte del día. No proporcionaremos beneficios por ningún día en que el cuidado para pacientes internos no sea médicamente necesario.
  - B. Los beneficios se pagan por completo por una habitación semiprivada. Si se encuentra en una habitación privada en un hospital, usted deberá pagar la diferencia entre el costo de una habitación privada y una

semiprivada, excepto que sea médicamente necesario y su médico lo indique.

- C. No pagaremos artículos no médicos, como cargos por alquiler de televisor o teléfono.

## SECCIÓN CUATRO—SERVICIOS MÉDICOS

### 1. Su PCP debe proporcionar, organizar o autorizar todos los servicios médicos.

Excepto (1) en una emergencia, como se describe en la Sección cinco de este Contrato; (2) para cierto cuidado de obstetricia y ginecología, descrito en la Sección cuatro de este Contrato; (3) para cierto cuidado dental y de la visión, descrito en la Sección siete de este Contrato, usted tiene cobertura de los servicios médicos detallados a continuación, solo si su PCP los proporciona, organiza o autoriza. Usted tiene derecho a recibir servicios médicos brindados en uno de los siguientes lugares:

- A. El consultorio de su PCP.
- B. El consultorio de otro proveedor u otro centro, si su PCP determina que el cuidado de ese proveedor o centro es adecuado para el tratamiento de su afección.
- C. El departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.
- D. Como paciente interno en un hospital, usted tiene derecho a recibir servicios médicos, quirúrgicos y de anestesia.

### 2. Servicios médicos cubiertos.

Pagaremos los siguientes servicios médicos:

- A. Cuidado médico general y de especialidad, incluidas las consultas.
- B. Servicios médicos preventivos y exámenes físicos. Pagaremos los servicios médicos preventivos, incluidos los siguientes:
  - 1) Consultas de niño sano de acuerdo con el cronograma de consultas establecido por la Academia Americana de Pediatría (*American Academy of Pediatrics*, AAP por sus siglas en inglés);
  - 2) Educación y asesoramiento sobre la nutrición;
  - 3) Servicios de audición;
  - 4) Servicios médicos sociales;
  - 5) Exámenes de la vista;
  - 6) Inmunizaciones de rutina, de acuerdo con el calendario de vacunación recomendado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York;
  - 7) Pruebas de la tuberculina;
  - 8) Exámenes de detección dental y del desarrollo;

9) Pruebas radiológicas y de laboratorio clínicas; y

10) Detección de plomo.

- C. Diagnóstico y tratamiento de una enfermedad, lesión u otra afección. Pagaremos el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión, incluido lo siguiente:

- 1) Cirugía para pacientes ambulatorios realizada en el consultorio del proveedor o en un centro quirúrgico ambulatorio, incluidos los servicios de anestesia;
- 2) Cuidado dental relacionado con una lesión accidental en dientes naturales y sanos, en el plazo de doce meses a partir del accidente;
- 3) Exámenes de laboratorio, radiografías y otros procedimientos de diagnóstico;
- 4) Diálisis renal;
- 5) Radioterapia;
- 6) Quimioterapia;
- 7) Inyecciones y medicamentos administrados en el consultorio de un médico;
- 8) Segunda opinión quirúrgica por parte de un especialista certificado por el Colegio Médico;
- 9) Segunda opinión médica proporcionada por un especialista adecuado, incluido uno afiliado a un centro de cuidado de especialidad, donde haya habido un diagnóstico positivo o negativo de cáncer, o una recomendación sobre un ciclo de tratamiento contra el cáncer; y
- 10) Pruebas de audiometría médicamente necesarias.

- D. Fisioterapia y terapia ocupacional. Pagaremos los servicios de fisioterapia y terapia ocupacional médicamente necesarios. La terapia debe ser especializada.

- E. Radioterapia, quimioterapia y hemodiálisis. Pagaremos la radioterapia y la quimioterapia, incluso las inyecciones y los medicamentos proporcionados al momento de la terapia. Pagaremos los servicios de hemodiálisis en el hogar o en un centro, lo que consideremos adecuado.

- F. Los servicios de obstetricia y ginecología (incluidos servicios prenatales, de parto y posparto) están cubiertos por embarazo. No necesita la autorización de su PCP para el cuidado relacionado con un embarazo si busca el cuidado de un proveedor participante



calificado de servicios de obstetricia y ginecología. También puede recibir los siguientes servicios por parte de un proveedor participante calificado de servicios de obstetricia y ginecología sin la autorización de su PCP:

- 1) Hasta dos (2) exámenes anuales de cuidado de obstetricia y ginecología preventivo y primario; y
  - 2) Cuidado requerido como resultado de exámenes anuales o como resultado de una afección ginecológica aguda.
- G. Examen de detección del cáncer cervical. Si es mujer y tiene dieciocho (18) años, pagaremos un examen de detección del cáncer cervical. Pagaremos un examen pélvico y una prueba de Papanicolaou anuales, y la evaluación de la prueba.

## SECCIÓN CINCO—CUIDADO DE EMERGENCIA

1. **Visitas a la sala de emergencias de un hospital.** Puede ir directamente a la sala de emergencia de cualquier hospital para recibir cuidado. No es necesario que llame antes al PCP. El cuidado de emergencia no está sujeto a nuestra aprobación previa. Si acude a una sala de emergencia, usted u otra persona en su nombre deben notificarnos en el plazo de cuarenta y ocho (48) horas luego de la visita o tan pronto como sea razonablemente posible. Si, según nuestro criterio único, los servicios en la sala de emergencia no fueron por tratamiento de una afección de emergencia, según se define en la Sección uno, la visita a la sala de emergencia no estará cubierta.
2. **Ingreso hospitalario de emergencia.** Si ingresa en el hospital como resultado de una afección de emergencia, usted u otra persona en su nombre deben notificarnos en el plazo de un día hábil o tan pronto como sea razonablemente posible. Si ingresa en un hospital que no participa de la red, es posible que le solicitemos que se traslade a un hospital participante tan pronto lo permita su condición.
3. **Pago por cuidado de emergencia.** Pagaremos los servicios de emergencia prestados en la sala de emergencia de un hospital. Si los servicios de emergencia son proporcionados por un proveedor que no participa de la red, pagaremos los cargos habituales y razonables por dichos servicios.
4. **Servicios de ambulancia.** Pagaremos los servicios de emergencia prehospitalarios para el tratamiento de una afección de emergencia, incluido el transporte de emergencia en ambulancia no aérea a un hospital. Cubriremos los servicios de ambulancia cuando tenga una afección de emergencia y haya una necesidad emergente de transporte en ambulancia para tratar la afección.

## SECCIÓN SEIS—SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PARA TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS

1. **Servicios de salud mental y para trastorno por abuso de sustancias para pacientes internos.** Pagaremos los servicios de salud mental y los servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes internos cuando dichos servicios se presten en un centro que se caracterice por lo siguiente:
  - A. Es administrado por la Oficina de Salud Mental, conforme a la sección 7.17, de la Ley de Higiene Mental;
  - B. Cuenta con un certificado de funcionamiento conforme al Artículo 23 o Artículo 31 de la Ley de Higiene Mental; o
  - C. Es un hospital general, según se define en el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública.
2. **Consultas para pacientes ambulatorios para el tratamiento de enfermedades de salud mental y el tratamiento de trastorno por abuso de sustancias.** Pagaremos las consultas para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de salud mental y trastornos por abuso de sustancias. También pagaremos las consultas para pacientes ambulatorios a los familiares, si dichas consultas están relacionadas con el tratamiento de salud mental o trastorno por abuso de sustancias.

## SECCIÓN SIETE—OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

1. **Cuidado dental.** Pagaremos los servicios de cuidado dental establecidos en este Contrato cuando solicite cuidado de un proveedor participante calificado de servicios dentales.
    - A. **Cuidado dental de emergencia.** Pagaremos el cuidado dental de emergencia, que incluye el tratamiento de emergencia necesario para aliviar dolor y sufrimiento causados por traumatismos o enfermedades dentales.
    - B. **Cuidado dental preventivo.** Pagaremos los siguientes procedimientos realizados por un proveedor participante, que ayuda a prevenir enfermedades bucales, incluidos, entre otros, los siguientes:
      - 1) Profilaxis: raspado y alisado de los dientes en intervalos de seis (6) meses.
      - 2) Aplicación de fluoruro tópico en intervalos de seis (6) meses en la que el suministro de agua local no tiene flúor.
      - 3) Hasta cuatro (4) tratamientos con barniz de flúor por año para niños desde el nacimiento hasta los siete (7) años.
      - 4) Selladores en molares permanentes sin restaurar.
    - C. **Cuidado dental de rutina.** También pagaremos los siguientes exámenes y procedimientos proporcionados por un proveedor participante:
      - 1) Exámenes, visitas y consultas dentales cubiertos una vez en un período de seis (6) meses consecutivos (cuando salen los dientes primarios).
      - 2) Radiografía: radiografías de la boca completa en intervalos de treinta (36) meses, si fuera necesario; radiografías de mordida en intervalos de seis a doce (6–12) meses o radiografías panorámicas en intervalos de treinta y seis (36) meses, si fuera necesario; y otras radiografías según se requieran (una vez que salen los dientes primarios).
      - 3) Todos los procedimientos necesarios para extracciones simples y otras cirugías dentales de rutina que no requieren hospitalización, incluido lo siguiente:
        - cuidado preoperatorio
        - cuidado posoperatorio
      - 4) Sedación consciente en el consultorio.
      - 5) Amalgamas, restauraciones con compuestos de resina y coronas de acero inoxidable.
  - 6) Otros materiales de restauración adecuados para niños.
  - D. **Endodoncia.** Pagaremos todos los procedimientos necesarios proporcionados por un proveedor participante para el tratamiento de la pulpa dentaria y los canales dentarios afectados, en situaciones en las que no se requiere de hospitalización.
  - E. **Periodoncia.** Pagaremos servicios de periodoncia, excepto los servicios previos a la ortodoncia o que deriven en esta.
  - F. **Prostodoncia.** Pagaremos los siguientes procedimientos, equipos y suministros proporcionados por un proveedor participante:
    - 1) Removibles: dentaduras postizas completas o parciales, incluidos seis (6) meses de cuidado de seguimiento. Los servicios adicionales incluyen la inserción de identificación de dientes flojos (con movimiento), reparación, rellenos (arreglados) y amalgamas.
    - 2) Fijos: no se cubren los puentes fijos salvo en los siguientes casos:
      - Se requieren para el remplazo de una pieza superior anterior individual (diente incisivo o canino central/lateral) en un paciente que, por lo demás, tiene una dentadura completa compuesta de piezas naturales, funcionales o restauradas;
      - Se requieren para la estabilización de paladar hendido; o
      - Se requieren, como lo demuestra la documentación médica, debido a la presencia de cualquier condición neurológica/fisiológica que excluya la colocación de una prótesis removible.
    - 3) Mantenimiento de espacio: se cubrirán los mantenedores de espacio unilaterales o bilaterales para la colocación en un diente primario restaurado o una dentición mixta a fin de mantener el espacio para el desarrollo normal de los dientes permanentes.
  - G. **Ortodoncia.** Los servicios de ortodoncia limitados están disponibles para niños con una afección médica grave como labio leporino o paladar hendido. Sujeto a la revisión del estado.
2. **Cuidado de la visión de rutina, preventivo y de emergencia.** Pagaremos el cuidado de la visión de rutina, preventivo y de emergencia. No necesita la autorización de su PCP para el cuidado de la visión cubierto si recibe cuidado de un proveedor participante calificado de servicios de cuidado de la visión.

- A. **Exámenes de la visión.** Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de beneficios de la vista, puede encontrar el número de teléfono de Davis Vision en la sección Números de teléfono importantes, en el interior de la portada.
- Pagaremos los exámenes de la visión realizados por un proveedor participante con el objetivo de determinar la necesidad de lentes correctivos y, si fuera necesario, para proporcionar una receta para lentes correctivos. Pagaremos un examen de la visión en cualquier período de doce (12) meses, salvo que se requiera con mayor frecuencia, con la documentación adecuada. El examen de la visión puede incluir, entre otras cosas, lo siguiente:
- 1) Historial del caso;
  - 2) Exámenes externos del ojo y exámenes externos e internos del ojo;
  - 3) Examen oftalmoscópico;
  - 4) Determinación de lentes refractivos;
  - 5) Equilibrio binocular;
  - 6) Tonometrías para glaucoma;
  - 7) Examen de campos visuales generales y examen de visión cromática; y
  - 8) Resumen de resultados y recomendaciones para lentes correctivos.
- B. **Lentes recetados.** Pagaremos los lentes recetados de calidad estándar proporcionados por un proveedor participante una vez en un período de doce (12) meses, salvo que se requiera con mayor frecuencia, con la documentación adecuada. Los lentes recetados se pueden realizar con vidrio o plástico.
- C. **Marcos.** Pagaremos los marcos estándares adecuados para sostener los lentes en cualquier período de doce (12) meses, salvo que se requiera con mayor frecuencia, con la documentación adecuada.
- D. **Lentes de contacto.** Pagaremos los lentes de contacto que sean médicamente necesarios y recetados o recomendados por un proveedor participante.
3. **Servicios del habla y la audición.** Pagaremos los servicios del habla y la audición, incluidos los audífonos, las baterías de los audífonos y las reparaciones. Estos servicios incluyen un examen de audición por año para determinar la necesidad de una medida correctiva. Se cubrirá la terapia del habla requerida para una afección que pueda mejorar clínicamente de manera significativa dentro de un período de dos meses, a partir del primer día de tratamiento, cuando la realice un audiólogo, patólogo del lenguaje, especialista en terapia del habla u otorrinolaringólogo. También cubriremos los servicios de terapia del habla para un niño con diagnóstico de trastorno del espectro autista si se determina que es para rehabilitación o no restauración.
4. **Equipo y suministros para pacientes diabéticos.** Pagaremos los siguientes equipos y suministros para el tratamiento de la diabetes que sean médicamente necesarios y recetados o recomendados por su PCP u otro proveedor participante legalmente autorizado para recetar según el Título 8 de la Ley de Educación del Estado de Nueva York:
- A. Glucómetros;
  - B. Glucómetros para personas con discapacidades de la vista;
  - C. Sistemas de administración de datos;
  - D. Tiras reactivas para glucómetros y lecturas visuales;
  - E. Tiras para pruebas de orina;
  - F. Dispositivos para inyecciones;
  - G. Cartuchos para personas con discapacidades de la vista;
  - H. Insulina;
  - I. Jeringas;
  - J. Bombas de insulina y accesorios;
  - K. Dispositivos para la infusión de insulina;
  - L. Agentes orales; y
  - M. Equipos y suministros adicionales designados por el Comisionado de salud, según sean adecuados para el tratamiento de la diabetes.
5. **Educación para el autocontrol de la diabetes.** Pagaremos la educación para el autocontrol de la diabetes proporcionada por su PCP u otro proveedor participante. La educación se brindará según el diagnóstico de diabetes, un cambio significativo en su afección, el inicio de una afección que cambie el autocontrol necesario o cuando la reeducación sea médicamente necesaria según lo determinemos. También pagaremos las visitas en el hogar si son médicamente necesarias.
6. **Equipo médico duradero, dispositivos protésicos y ortopédicos.**
- A. **Equipo médico duradero.** Pagaremos los siguientes equipos y suministros indicados por un proveedor participante para el tratamiento de una afección médica específica y que: 1) puedan resistir el uso repetido por un período prolongado, 2) se usen en forma habitual y fundamentalmente con propósitos médicos, 3) que por lo general no sean útiles en ausencia de una enfermedad o

lesión, y 4) que normalmente no estén adaptados, diseñados o creados para el uso de una persona en particular. El equipo médico duradero destinado para el uso de una persona puede ser hecho a medida o personalizado.

- Bastones
- Muletas
- Camas de hospital y accesorios
- Oxígeno y suministros de oxígeno
- Almohadillas de presión
- Ventiladores de volumen
- Ventiladores terapéuticos
- Nebulizadores y otros equipos para el cuidado respiratorio
- Equipos de tracción
- Andadores
- Sillas de ruedas y accesorios
- Sillas inodoro
- Barras para inodoro
- Monitores de apnea
- Elevadores de pacientes
- Bomba para la infusión de nutrición
- Bomba para la infusión ambulatoria
- Otro equipo médico duradero variado según lo designe el Comisionado de salud

B. **Dispositivos protésicos.** También pagaremos todos los aparatos y dispositivos indicados por un proveedor participante que reemplacen cualquier parte que falte del cuerpo, excepto las prótesis craneales (pelucas) y las prótesis dentales a menos que sean médicamente necesarias, según lo determinemos, debido a una lesión accidental en los dientes naturales y sanos, y siempre que se proporcionen dentro de los doce (12) meses de haber ocurrido el accidente, salvo por las prótesis dentales necesarias en el tratamiento de un defecto congénito o como parte de la cirugía reconstructiva.

C. **Dispositivos ortopédicos.** También pagaremos los dispositivos que se utilizan para apoyar un miembro del cuerpo débil o deformado o para restringir o eliminar el movimiento en una parte del cuerpo afectada o lesionada. No hay limitación para los dispositivos ortopédicos, excepto para los dispositivos recetados únicamente para el uso en los deportes, que no están cubiertos.

## 7. Medicamentos recetados y de venta libre.

A. **Alcance de la cobertura.** Healthfirst tiene contrato con CVS Caremark para administrar sus beneficios de medicamentos recetados. Puede encontrar el número de teléfono de CVS

Caremark en la sección Números de teléfono importantes, en el interior de la portada.

Pagaremos los medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration*, FDA por sus siglas en inglés) que requieren una receta y figuran en nuestro Formulario. El Formulario se desarrolla con el asesoramiento de farmacéuticos y un grupo de médicos independientes. Podemos cambiar el Formulario ocasionalmente para incluir medicamentos nuevos, eliminar medicamentos antiguos, mantenerlo actualizado con los cambios en la manera en que se recetan los medicamentos y hacer que la cobertura de medicamentos recetados sea asequible. Puede encontrar una copia del Formulario más reciente en el portal para miembros en Member Forms & Documents (Formularios y documentos del miembro, o a través de [healthfirst.org](http://healthfirst.org) en Information for members (Información para miembros). También puede comunicarse con Servicios a los Miembros de Healthfirst al número que se encuentra en la página de Números de teléfono importantes.

El Formulario incluye tanto medicamentos de marca como genéricos. Los medicamentos genéricos son medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) que son tan seguros y eficaces como los medicamentos de marca pero cuestan menos. El formulario lo alienta a que utilice medicamentos genéricos. No todos los medicamentos de marca están incluidos en el Formulario. Puede utilizar un medicamento genérico en lugar de uno de marca que no se encuentre en el Formulario.

Asegúrese de preguntarle a su médico sobre las drogas que aparecen en el Formulario para que pueda elegir los adecuados para usted. Si necesita un medicamento que no está en el Formulario, usted o su médico deberán presentar una apelación para solicitar cobertura. Para presentar una apelación, siga las instrucciones de la página 17 de este manual.

También pagaremos los medicamentos no recetados que sean autorizados por un profesional de cuidado médico con licencia para recetar medicamentos y que aparecen en el formulario de medicamentos. También pagaremos las fórmulas enterales médicamente necesarias para el tratamiento de enfermedades específicas y los productos alimenticios sólidos modificados que se utilizan en el tratamiento de ciertas enfermedades hereditarias de metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos.

- B. **Farmacia participante y farmacia de pedidos por correo.** Solo pagaremos los medicamentos recetados y los medicamentos no recetados para el uso fuera de un hospital. Excepto en una emergencia, un proveedor participante debe emitir la receta y se debe surtir en una farmacia participante.

También puede surtir un medicamento recetado por correo, un suministro para treinta (30) días como máximo, al enviar por correo la receta de su médico y un formulario de pedidos por correo de medicamentos recetados a nuestra farmacia de pedidos por correo. Puede llamar a Servicios a los Miembros al 1-866-463-6743 para obtener la dirección de la farmacia de pedidos por correo, un formulario de pedidos por correo de medicamentos recetados y otra información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados por correo.

- C. **Exclusiones y limitaciones.** En virtud de esta Sección, no pagaremos lo siguiente:

- 1) Administración o inyección de cualquier droga.
- 2) Reemplazo de medicamentos recetados perdidos o robados.
- 3) Suplementos nutricionales que se toman por elección.
- 4) Medicamentos recetados utilizados únicamente para fines cosméticos.
- 5) Drogas experimentales o de investigación.
- 6) Drogas no aprobadas por la FDA; sí pagaremos un medicamento recetado que esté aprobado por la FDA para el tratamiento del cáncer cuando el medicamento se receta para un tipo de cáncer diferente para el que se obtuvo la aprobación de la FDA. Sin embargo, el medicamento debe ser reconocido para el tratamiento del tipo de cáncer para el que ha sido recetado por una de estas publicaciones:
  - Evaluaciones de medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense (*American Medical Association, AMA* por sus siglas en inglés);
  - American Hospital Formulary Service;
  - Información de medicamentos de la farmacopea de los Estados Unidos; o
  - Un artículo de revisión o comentario editorial en un periódico profesional revisado por expertos.

- 7) Dispositivos y suministros de cualquier tipo, excepto los dispositivos anticonceptivos o de planificación familiar, los termómetros basales, los condones masculinos y femeninos y los diafragmas.
- 8) Medicamentos o productos biológicos recetados y su administración, que se proporcionan con el fin de provocar o ayudar a provocar la muerte, el suicidio, la eutanasia o la muerte piadosa.
- 9) Drogas utilizadas para el tratamiento de la disfunción eréctil.

8. **Cuidado médico en el hogar.** Pagaremos hasta cuarenta (40) visitas por año calendario para cuidado médico en el hogar que proporcione una agencia de cuidados en el hogar certificada que sea un proveedor participante. Pagaremos el cuidado médico en el hogar solo si tuviera que ser internado en un hospital en caso de que los cuidados en el hogar no fueran proporcionados.

Los cuidados en el hogar incluyen uno o más de los siguientes servicios:

- A. Cuidados en hogares de ancianos de medio tiempo o intermitentes bajo la supervisión de un profesional en enfermería certificado, o suministrados por este;
- B. Servicios de asistente para la salud en el hogar de medio tiempo o intermitentes que consisten principalmente en el cuidado del paciente;
- C. Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla si son proporcionadas por una agencia de cuidados en el hogar; y
- D. Suministros médicos, drogas y educación indicados por un médico y servicios de laboratorio realizados por una agencia de cuidados en el hogar certificada o en nombre de esta, en la medida en que dichos artículos hubiesen estado cubiertos si la persona cubierta hubiera estado en un hospital.

9. **Examen de admisión previa.** Pagaremos el examen de admisión previa cuando se realice en el hospital donde está programada la cirugía, si ocurre lo siguiente:
- A. Las reservas de una cama de hospital y una sala de operaciones en ese hospital se han realizado antes de llevar a cabo los exámenes;
  - B. Su médico ha indicado los exámenes; y
  - C. La cirugía realmente se realiza dentro de los siete (7) días de dichos exámenes de admisión previa. Si se cancela la cirugía debido a los resultados del examen de admisión previa, aún cubriremos el costo de estas pruebas.

10. **Cuidado paliativo.** Pagaremos los servicios para pacientes internos y en el hogar coordinados que proporcionen servicios de apoyo médico no curativos si un médico certifica que usted es un enfermo terminal con una esperanza de vida de seis (6) meses o menos. Los servicios paliativos deben ser proporcionados por un proveedor participante e incluyen lo siguiente:

- A. Cuidado paliativo y atención de apoyo que se le proporcionen para satisfacer las necesidades especiales que surgen de estrés físico, psicológico, espiritual, social y económico que se tiene durante las etapas finales de la enfermedad y el duelo.
- B. Todos los servicios deben proporcionarse de acuerdo con un plan de cuidado por escrito que refleje sus necesidades cambiantes y las de su familia.
- C. Sus familiares son elegibles para un máximo de cinco (5) visitas para asesoramiento sobre el duelo.

11. **Trastorno del espectro autista.** Proporcionaremos cobertura para los siguientes servicios cuando dichos servicios sean indicados o solicitados por un médico o un psicólogo autorizado de la red participante y los consideremos médicamente necesarios para la detección, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno del espectro autista. Para los fines de este beneficio, "trastorno del espectro autista" hace referencia a cualquier trastorno generalizado del desarrollo definido en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en el momento en que se proporcionen los servicios, incluido trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno generalizado del desarrollo que no se especifique de otra manera (*Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified*, PDD-NOS por sus siglas en inglés).

- A. **Detección y diagnóstico.** Proporcionaremos cobertura para los exámenes, las evaluaciones y las pruebas a fin de determinar si alguien tiene trastorno del espectro autista.
- B. **Dispositivos de ayuda para la comunicación.** Cubriremos una evaluación formal realizada por un patólogo del habla y el lenguaje para determinar la necesidad de un dispositivo de ayuda para la comunicación. Según la evaluación formal, proporcionaremos cobertura para el alquiler o la compra de dispositivos de ayuda para la comunicación cuando lo solicite o recete un médico o psicólogo autorizado para miembros que no pueden comunicarse a través de medios normales (es decir, habla o escritura) cuando la evaluación indique que un dispositivo de ayuda para la comunicación probablemente mejore la comunicación del miembro. Ejemplos de dispositivo de ayuda para la comunicación

incluyen pizarras para comunicarse y dispositivos generadores de habla. Nuestra cobertura se limita a dispositivos dedicados; solo cubriremos dispositivos que generalmente no son útiles para una persona que no tiene una deficiencia de comunicación. Determinaremos si el dispositivo se debe comprar o alquilar. No cubriremos artículos como, por ejemplo, computadoras portátiles, computadoras de escritorio o tabletas. Sin embargo, cubriremos software o aplicaciones que permiten que las computadoras portátiles, computadoras de escritorio o tabletas funcionen como dispositivos generadores de habla. La instalación del programa o el soporte técnico no se reembolsan por separado. La reparación y el reemplazo de dichos dispositivos están cubiertos cuando son necesarios debido al desgaste normal. La reparación y el reemplazo necesarios debido a la pérdida o el daño causados por uso indebido, maltrato o robo no están cubiertos; sin embargo, cubriremos un reemplazo o una reparación por tipo de dispositivo que sea necesario debido a problemas de funcionamiento. Se proporcionará cobertura para el dispositivo más adecuado para el nivel funcional actual del miembro. No se proporciona cobertura para el costo adicional del equipo o los accesorios que no sean médicamente necesarios. No proporcionaremos cobertura para los cargos de entrega o servicio ni para el mantenimiento de rutina.

Se requiere la aprobación previa de los dispositivos de ayuda para la comunicación.

- C. **Tratamiento de salud del comportamiento.** Proporcionaremos cobertura para el asesoramiento y los programas de tratamiento que sean necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, en la medida máxima posible, la función de un individuo. Proporcionaremos dicha cobertura cuando la brinde un proveedor autorizado. Proporcionaremos cobertura para el análisis conductual aplicado cuando sea proporcionado por un analista del comportamiento certificado conforme a la Junta de certificación de analistas del comportamiento o por un individuo que sea supervisado por un analista del comportamiento certificado y que esté sujeto a los estándares en las regulaciones promulgadas por el Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York, en colaboración con los Departamentos de Salud y Educación de Nueva York. El "análisis conductual aplicado" implica el diseño, la implementación y la evaluación de las modificaciones del entorno, con el estímulo del comportamiento y las consecuencias, para producir una mejora significativa a nivel social en el comportamiento

humano, incluido el uso de observación directa, medida y análisis funcional de la relación entre el entorno y el comportamiento. El programa de tratamiento debe describir los objetivos mensurables que tratan la afección y las deficiencias funcionales para las que se aplicará la intervención e incluir los objetivos de una evaluación inicial y las evaluaciones interinas posteriores durante la intervención en términos objetivos y mensurables.

Nuestra cobertura de los servicios de análisis conductual aplicado se limita a 680 horas por miembro por año calendario.

- D. **Cuidado psiquiátrico y psicológico.** Proporcionaremos cobertura para los servicios directos o de consulta brindados por un psiquiatra, psicólogo o trabajador social clínico autorizado en el estado donde ejerza.
- E. **Cuidado terapéutico.** Proporcionaremos cobertura para los servicios terapéuticos necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, en la medida máxima posible, la función del individuo cuando dichos servicios sean brindados por especialistas en terapia del habla, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales certificados o autorizados para tratar el trastorno del espectro autista y cuando los servicios proporcionados por dichos proveedores estén cubiertos conforme a este Contrato. Salvo que la ley lo prohíba de otra manera, los servicios proporcionados conforme a este párrafo se incluirán en cualquier máximo de consultas total aplicable a servicios de dichos terapeutas o trabajadores sociales conforme a este Contrato.
- F. **Cuidado farmacéutico.** Proporcionaremos cobertura para los medicamentos recetados para tratar el trastorno del espectro autista indicados por un proveedor legalmente autorizado a emitir recetas médicas conforme al título ocho de la Ley de Educación. Nuestra cobertura de dichos medicamentos recetados está sujeta a todos los términos, las disposiciones y las limitaciones que se aplican a los beneficios de medicamentos recetados conforme a este Contrato.
- No proporcionaremos cobertura para los servicios o tratamientos indicados anteriormente cuando dichos servicios o tratamientos se proporcionen conforme a un plan de educación personalizada según la Ley de Educación.
12. **Suministros para la ostomía.** En vigencia a partir del 1 de mayo de 2015, los planes de salud deben brindar cobertura para equipos y accesorios para ostomías recetados a miembros de CHPlus por un proveedor de cuidado médico certificado y autorizado legalmente a emitir recetas médicas conforme al título ocho de la Ley de Educación.

13. **Factores de coagulación de la sangre.** Proporcionaremos cobertura para pacientes ambulatorios para los factores de coagulación de la sangre y otros servicios provistos relacionados con el cuidado de la hemofilia y otras deficiencias de proteínas de coagulación de la sangre. El programa cubrirá el costo de la infusión en un entorno ambulatorio o en el hogar proporcionada por una agencia de cuidados en el hogar o el padre o tutor legal capacitado adecuadamente de un niño, o a cargo de un niño, que sea capaz a nivel físico y del desarrollo de la autoadministración de dichos productos.

## SECCIÓN OCHO—INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE CÓMO FUNCIONA ESTE PLAN

1. **Cuándo un especialista puede ser su PCP.** Si tiene una afección o enfermedad que pone en peligro la vida o una afección o enfermedad degenerativa y discapacitante, puede solicitar a un especialista, que sea un proveedor participante, que se convierta en su PCP. Consultaremos con el especialista y su PCP y decidiremos si será adecuado que el especialista preste servicios con este fin.
2. **Remisión permanente a un especialista de la red.** Si necesita cuidado de especialidad continuo, puede recibir una "remisión permanente" para un especialista que sea un proveedor participante. Esto significa que no necesitará obtener una remisión nueva de su PCP cada vez que necesite consultar a un especialista. Consultaremos con el especialista y su PCP y decidiremos si una "remisión permanente" será adecuada en su situación.
3. **Remisión permanente a un centro de cuidado de especialidad.** Si tiene una afección o enfermedad que pone en peligro la vida o una afección o enfermedad degenerativa y discapacitante, puede solicitar una remisión permanente a un centro de cuidado de especialidad que sea un proveedor participante. Consultaremos con su PCP, su especialista y el centro de cuidado de especialidad para decidir si dicha remisión es adecuada.
4. **Cuando su proveedor abandona la red.** Si está en un ciclo de tratamiento cuando su proveedor abandona nuestra red, podrá continuar recibiendo cuidado de su proveedor participante anterior, en ciertas instancias, por hasta noventa (90) días después de que le notifiquemos la partida del proveedor. Si está embarazada y en su segundo trimestre, puede continuar su cuidado con el proveedor anterior hasta el parto y el cuidado posparto directamente relacionado con el parto. Sin embargo, para que continúe el cuidado por hasta noventa (90) días o durante el embarazo con el proveedor participante anterior, el proveedor debe acordar aceptar nuestro pago y cumplir con nuestros procedimientos y políticas, incluidos aquellos que garantizan la calidad del cuidado.

5. **Cuando los miembros nuevos están en un ciclo de tratamiento.** Si está en un ciclo de tratamiento con un proveedor que no participa de la red cuando se inscribe con nosotros, puede recibir cuidado del proveedor que no participa de la red por hasta sesenta (60) días a partir de la fecha en que recibió cobertura conforme a este Contrato. El ciclo de tratamiento debe ser para una enfermedad o afección que pone en peligro la vida o para una enfermedad o afección degenerativa o discapacitante. También puede continuar el cuidado con un proveedor que no participa de la red si está en el segundo trimestre de un embarazo cuando recibe cobertura conforme a este Contrato. Puede continuar el cuidado hasta el parto y cualquier servicio posparto directamente relacionado con el parto. Sin embargo, para que continúe el cuidado por hasta sesenta (60) días o durante el embarazo, el proveedor que no participa de la red debe acordar aceptar nuestro pago y cumplir con nuestras políticas y procedimientos, incluidos aquellos que garantizan la calidad del cuidado.

## SECCIÓN NUEVE—LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Además de las limitaciones o exclusiones ya descritas, no pagaremos lo siguiente:

1. **Cuidado que no sea médicamente necesario.** No tiene derecho a recibir beneficios por servicios, suministros, exámenes o tratamientos que no sean médicamente necesarios ni adecuados para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad, lesión o afección (consulte la Sección trece [13]).
2. **Práctica médica aceptada.** No tiene derecho a recibir servicios que no cumplan con las prácticas y normas médicas o psiquiátricas aceptadas en vigencia al momento del tratamiento.
3. **Cuidado que no sea proporcionado, autorizado u organizado por su PCP.** Excepto según se indique lo contrario en este Contrato, tiene derecho a recibir beneficios por servicios solo cuando sean proporcionados, autorizados u organizados por su PCP. Si elige recibir cuidado que sea proporcionado, autorizado u organizado por su PCP, no seremos responsables de los costos en los que incurra.
4. **Servicios para pacientes internos en un hogar para personas mayores, centro de rehabilitación o cualquier otro centro que no esté explícitamente cubierto por este Contrato.**
5. **Servicios médicos para pacientes internos en un hogar para personas mayores,**

**centro de rehabilitación o cualquier otro centro que no esté explícitamente cubierto por este Contrato.**

6. **Servicios experimentales o de investigación.**
7. **Cirugía cosmética.** No pagaremos la cirugía cosmética, excepto los siguientes casos de cirugías reconstructivas:
  - A. Luego de una cirugía por un trauma, una infección u otras enfermedades en la parte del cuerpo implicada; o
  - B. Cuando sea necesaria para corregir un defecto funcional como resultado de una anomalía o enfermedad congénita.
8. **Artículos para el confort personal.**
9. **Fertilización in vitro, inseminación artificial u otros medios de reproducción asistida.**
10. **Servicios de enfermería privada.**
11. **Donación de sangre autóloga.**
12. **Servicios de manipulación física.** No pagaremos los servicios relacionados con la detección y corrección (manual o mecánica) de los siguientes problemas:
  - A. Desequilibrio estructural, distorsión o subluxación del cuerpo humano para evitar la interferencia nerviosa y sus efectos. Esta exclusión se aplica cuando la interferencia nerviosa es resultado de una distorsión, desalineación o subluxación de la columna vertebral o en esta, o está relacionada con estos problemas.
13. **Cuidado de rutina de los pies.**
14. **Otros seguros médicos, beneficios de salud y programas gubernamentales.** Reduciremos nuestros pagos conforme a este Contrato por el monto para el que es elegible recibir por el mismo servicio conforme a otro seguro médico, plan de beneficios de salud o programas gubernamentales. Nuestro seguro médico incluye cobertura a través de aseguradoras, planes Blue Cross and Blue Shield, HMO o programas similares. Los planes de beneficios de salud incluyen cualquier plan autoasegurado o sin seguro, como aquellos ofrecidos u organizados por empleadores, administradores fiduciarios, sindicatos, organizaciones de empleadores u organizaciones de beneficios de empleados. Los programas gubernamentales incluyen Medicare u otros programas federales, estatales o locales, excepto por el programa para niños con discapacidad física y el programa de intervención temprana.



15. **Seguro automovilístico sin culpa.** No pagaremos ningún servicio que esté cubierto por beneficios automovilísticos sin culpa obligatorios. No realizaremos ningún pago, incluso si no reclama los beneficios a los que tiene derecho a recibir en virtud del seguro automovilístico sin culpa.
16. **Otras exclusiones.** Los siguientes servicios NO están cubiertos:
  - A. Procedimientos quirúrgicos o médicos experimentales.
  - B. Drogas experimentales.
  - C. Drogas que puedan comprarse sin receta, excepto según así se indique.
  - D. Medicamentos recetados utilizados para tratar la disfunción eréctil.
  - E. Medicamentos recetados y productos biológicos y su administración, que se proporcionan con el fin de provocar o ayudar a provocar la muerte, el suicidio, la eutanasia o la muerte piadosa de una persona.
  - F. Servicios de enfermería privada.
  - G. Cuidado médico en el hogar, excepto según así se indique.
  - H. Cuidado relacionado con la detección y corrección, por medios manuales o mecánicos, de un desequilibrio estructural, una distorsión o subluxación del cuerpo humano para evitar la interferencia nerviosa y sus efectos, donde dicha interferencia sea resultado de una distorsión, desalineación o subluxación de la columna vertebral o en esta, o esté relacionada con estos problemas.
  - I. Servicios en un centro de enfermería especializada.
  - J. Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva, excepto según así se indique.
  - K. Fertilización in vitro, inseminación artificial u otros medios de reproducción y servicios para tratar la infertilidad.
  - L. Servicios cubiertos por otra fuente de pago.
  - M. Equipo médico duradero y suministros médicos, excepto según así se indique.
  - N. Transporte, excepto según así se indique.
  - O. Artículos personales o de comodidad.
  - P. Servicios que no son médicamente necesarios.

17. **Compensación laboral.** No proporcionaremos cobertura para ningún servicio o cuidado por una lesión, afección o enfermedad si beneficios están a su disposición en virtud de una Ley de compensación laboral o legislación similar. No proporcionaremos beneficios, incluso si no reclama los beneficios a los que tiene derecho a recibir en virtud de la Ley de compensación laboral.

## SECCIÓN DIEZ—PRIMAS DEL CONTRATO

1. **Monto de las primas.** Nosotros determinamos el monto de las primas de este Contrato y el Superintendente de Servicios Financieros del estado de Nueva York los aprueba.
2. **Su aporte a la prima.** En virtud de la legislación del estado de Nueva York, es posible que se le solicite que aporte al costo de la prima. Le notificaremos sobre el aporte necesario, si lo hubiera.
3. **Período de gracia.** Si debe pagar por su cobertura, todas las primas de este Contrato vencen por anticipado. La cobertura no entra en vigencia hasta que se pague la prima del primer mes. Esto significa que, excepto por la prima del primer mes de cada niño, si recibimos el pago dentro del período de gracia, continuaremos la cobertura conforme a este Contrato durante todo el período cubierto por el pago. Si no recibimos el pago en forma oportuna, la cobertura conforme a este Contrato se cancelará a partir del último día del mes del período de gracia.
4. **Acuerdo para pagar los servicios si no se paga la prima.** No tiene derecho a recibir ningún servicio durante los períodos para los que no se ha pagado la prima. Si recibe servicios durante dicho período, usted acepta pagar por ellos.
5. **Cambio en las primas.** Si hubiera un aumento o una disminución en la prima o en su aporte a la prima de este Contrato, le notificaremos por escrito sobre cambio al menos treinta (30) días antes.
6. **Cambios en sus ingresos o el tamaño de su familia.** Puede solicitar que revisemos el aporte de su prima familiar siempre que haya cambios en sus ingresos o el tamaño de familia. Para solicitar una revisión, puede comunicarse con NY State of Health al 1-855-355-5777.

## SECCIÓN ONCE—CANCELACIÓN DE LA COBERTURA

1. **Por falta de pago de la prima.** Si debe pagar una prima por este Contrato, este se cancelará al final del período de gracia si no recibimos su pago.
2. **Cuando se muda fuera del área de servicios.** Este Contrato se rescindirá cuando deje de residir en forma permanente en el área de servicios.

3. **Cuando ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad.** Este Contrato se rescindirá según se detalla a continuación:

- A. El último día del mes en que cumpla diecinueve (19) años;
- B. En la fecha en la que se inscribe en el programa Medicaid; o
- C. En la fecha en la que pasa a estar cubierto en virtud de otro programa de beneficios de salud (incluido un programa asegurado o autoasegurado a través de un grupo de empleadores, sindicato u otra asociación).

4. **Cancelación del programa Child Health Plus.** Este Contrato se rescindirá automáticamente el día en que la legislación del estado de Nueva York estipule que el programa Child Health Plus finaliza, o que el estado cancele este Contrato, o cuando ya no dispongamos de fondos del Estado de Nueva York para este programa Child Health Plus.

5. **Nuestra opción de rescindir este Contrato.** Podemos rescindir este Contrato en cualquier momento por uno o más de los siguientes motivos:

- A. Fraude al solicitar la inscripción conforme a este Contrato o al recibir cualquiera de los servicios.
- B. Otros motivos en el expediente del Superintendente de seguros al momento de la rescisión y aprobados por esta persona. Se le enviará a usted una copia de estos otros motivos. Le notificaremos por escrito sobre dicha rescisión al menos treinta (30) días antes.
- C. Interrupción de la clase de contratos a la que pertenece este Contrato, no menos de cinco meses del aviso previo por escrito sobre dicha rescisión.
- D. Si no proporciona la documentación que solicitamos para la recertificación.

6. **Su opción de rescindir este Contrato.** Puede rescindir este Contrato en cualquier momento dándonos al menos un mes de preaviso. Reembolsaremos la parte de la prima de este Contrato que usted haya pagado previamente.

7. **En el momento de su fallecimiento.** Este Contrato se cancelará automáticamente el día de su fallecimiento.

8. **Beneficios después de la rescisión.** Si está completamente discapacitado el día en que este Contrato finaliza y usted ha recibido servicios médicos por una enfermedad, lesión o afección que causara la discapacidad total mientras estaba cubierto por este Contrato, seguiremos pagando por la enfermedad, lesión o afección relacionadas con la discapacidad total durante un período ininterrumpido de discapacidad total hasta la primera de las siguientes fechas:

- A. Una fecha en la que, según su criterio único, ya no está completamente discapacitado; o
- B. Una fecha doce meses después de la fecha de rescisión de este Contrato.

No pagaremos más cuidado que el que hubiera recibido si su cobertura conforme a este Contrato no hubiera finalizado.

## SECCIÓN DOCE—DERECHO A UN NUEVO CONTRATO DESPUÉS DE LA CANCELACIÓN

1. **Ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para el Programa Child Health Plus.** Si ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para el Programa Child Health Plus, Healthfirst ya no podrá brindarle cobertura conforme a este Contrato. Si es elegible para Medicaid y decide inscribirse en el plan de Medicaid de Healthfirst, Healthfirst le brindará cobertura en virtud de dicho plan. Si no desea inscribirse en el plan de Medicaid de Healthfirst, le proporcionaremos información sobre dónde puede inscribirse en otros planes de Medicaid.
2. **No es elegible para Medicaid.** Si no es elegible para Medicaid o si decide no inscribirse en un plan de Medicaid, Healthfirst le proporcionará información sobre otros planes de seguro de Healthfirst para los que puede ser calificar o información sobre dónde puede comprar seguro médico. La legislación de Nueva York les permite a los individuos que viven en el Estado de Nueva York comprar pólizas de seguros de salud individuales a HMO comerciales.
3. **Ya no vive en el área de servicios de Healthfirst.** Si se muda fuera del área de servicio de Healthfirst, comuníquese con NY State of Health al 1-855-355-5777 o visite [nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov).

## SECCIÓN TRECE—REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN

1. **Revisión de la utilización.** Nuestro Programa de administración de la utilización revisa sus servicios de cuidado médico para determinar que el cuidado que recibe sea o haya sido médicamente necesario. Nuestro Departamento de Administración médica está disponible de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., para asistirlo a usted o a sus proveedores de cuidado médico. Puede llamar a nuestro Departamento de Administración médica sin cargo al 1-888-394-4327.

El personal de nuestro Departamento de Administración médica incluye médicos, personal de enfermería registrado, trabajadores sociales y otros profesionales de cuidado médico, además de personal administrativo. Nuestros administradores de casos son miembros del personal de enfermería licenciados o trabajadores sociales capacitados para administrar el cuidado que necesita y recibe. Nuestro

personal administrativo, denominado coordinadores de ingreso, no está médica o clínicamente capacitado, pero son supervisados por los administradores de casos. Nuestros administradores de casos pueden decidir que su cuidado es médicamente necesario. Sin embargo, si nuestros administradores de casos creen que su cuidado o tratamiento puede no ser médicamente necesario, referirán la decisión a uno de nuestros médicos. Solo un médico de nuestro Departamento de Administración médica puede decidir que su cuidado o tratamiento no es médicamente necesario.

Nuestro personal de Administración médica puede tomar decisiones sobre su cuidado antes de que comience el tratamiento, durante un ciclo de tratamiento extendido, o después de haber recibido el tratamiento. El momento en que tomamos esas decisiones depende de cuándo se toma la decisión.

- A. **Las "revisiones potenciales"** son decisiones que tomamos antes de que usted reciba tratamiento al solicitarles a sus proveedores de cuidado médico que se comuniquen con nosotros antes de brindarle u organizar determinados tipos de servicios. Su proveedor de cuidado médico también puede referirse a esto como "autorización previa". Su PCP o especialista deben llamar a nuestro Departamento de Administración médica para analizar el plan de cuidado antes de brindarle u organizar determinados tipos de cuidado que requieren autorización previa, como ingreso hospitalario optativo y cirugía ambulatoria. Tomaremos una decisión sobre su cuidado conforme a una revisión potencial en el plazo de tres días hábiles desde el momento en que recibamos toda la información necesaria para determinar un plan de tratamiento. Le comunicaremos nuestra decisión por escrito y por teléfono.
- B. **Las "revisiones concurrentes"** son decisiones que tomamos sobre su cuidado mientras recibe un ciclo de tratamiento extendido, como un ingreso hospitalario. Nuestro personal de Administración médica llamará y hablará con el personal del hospital en relación con su afección y tratamiento. Tomaremos decisiones sobre su cuidado médico conforme a una revisión concurrente en el plazo de un día hábil desde el momento en que recibamos toda la información necesaria para determinar un plan de tratamiento. Se le informará a su proveedor de cuidado médico sobre la decisión, tanto por escrito como por teléfono.
- C. **Las "revisiones retrospectivas"** son decisiones que tomamos sobre su cuidado después de que haya recibido tratamiento. Hablaremos con su proveedor de cuidado

médico o revisaremos la información que estos nos envíen. Tomaremos decisiones sobre su cuidado médico conforme a una revisión retrospectiva en el plazo de treinta días desde el momento en que recibamos toda la información necesaria para determinar que el tratamiento que recibió era adecuado. Se les informará a usted y a su proveedor de cuidado médico sobre la decisión, tanto por escrito como por teléfono.

2. **Apelaciones de revisión de la utilización.** En algunas ocasiones, es posible que usted o su proveedor de cuidado médico no estén de acuerdo con las decisiones de revisión de la utilización que tomamos sobre su cuidado. En dichos casos, usted o alguien en su nombre, incluido su proveedor de cuidado médico, pueden ejercer el derecho de apelar nuestra decisión. En caso de que usted o la persona designada apelen nuestra decisión de revisión de la utilización, designaremos personal capacitado a nivel médico para que investigue la apelación. Esto sucede en el plazo de un día desde que recibimos su apelación.

Puede presentar una apelación estándar o acelerada. Debe presentar una **"apelación estándar"** en el plazo de 45 días desde el día en que le informamos nuestra decisión. En el plazo de 15 días hábiles desde que recibamos su apelación, le enviaremos un aviso en el que se indique que su apelación ha sido recibida y está siendo revisada. Tomaremos nuestra decisión en un plazo de 60 días desde que recibamos su apelación. Le notificaremos en el plazo de dos días hábiles desde la toma de esa decisión. Este aviso incluirá los motivos (y la información médica relacionada) de nuestra decisión.

También puede presentar una apelación acelerada. **Las "apelaciones aceleradas"** son apelaciones que deben revisarse de inmediato para evitar interrupciones en el cuidado que puede necesitar. Respondemos a las apelaciones aceleradas en el plazo de dos días hábiles desde que recibamos toda la información necesaria.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión después de su apelación, usted o la persona designada tienen derecho a una apelación externa. En la Sección 14 de este Contrato se explica cómo puede presentar una apelación externa.

Además de apelar nuestra decisión de revisión de la utilización, si tomamos una decisión de revisión de la utilización de que su cuidado médico no es médicamente necesario sin intentar conversar sobre el caso con el proveedor de cuidado médico que recomendó el cuidado, ese proveedor puede solicitar que consideremos nuevamente nuestra decisión. Con excepción de las revisiones retrospectivas, consideraremos nuevamente nuestra decisión en el plazo de un día desde la fecha en que su proveedor presente la solicitud.

## SECCIÓN CATORCE—APELACIONES EXTERNAS DE DECISIONES DE REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN

### 1. Su derecho a presentar una apelación externa.

En determinadas circunstancias, usted tiene derecho a presentar una apelación externa de nuestra decisión de que su cuidado no era médicamente necesario, era experimental o de investigación. En dichos casos, usted o su representante pueden apelar la decisión ante un agente de apelaciones externas, una entidad independiente certificada por el Estado de Nueva York para llevar a cabo dichas apelaciones.

### 2. Su derecho a una apelación externa de una determinación de que un servicio no es médicamente necesario.

Si hemos denegado la cobertura sobre la base de que el servicio no es médicamente necesario, puede presentar una apelación ante un agente de apelaciones externas si cumple con las siguientes dos (2) condiciones:

- A. El servicio, procedimiento, o tratamiento tiene que de otro modo ser un servicio cubierto conforme a este Contrato; y
- B. Tiene que haber recibido una determinación adversa a través de nuestro proceso de apelación interna y debemos haber mantenido la denegación, o bien, usted y Healthfirst deben aceptar por escrito la exención de cualquier apelación interna.

### 3. Su derecho apelar una determinación de que un servicio es experimental o de investigación.

Si se le ha denegado la cobertura sobre la base de que el servicio es un tratamiento experimental o de investigación, debe cumplir con las siguientes dos (2) condiciones:

- A. El servicio tiene que de otro modo ser un servicio cubierto conforme a este Contrato; y
- B. Tiene que haber recibido una determinación adversa a través de nuestro proceso de apelación interna y debemos haber mantenido la denegación, o bien, usted y Healthfirst deben aceptar por escrito la exención de cualquier apelación interna.

Además, el médico que lo atiende debe certificar que tiene una afección o enfermedad discapacitante o que pone en peligro la vida. Una **“afección o enfermedad que pone en peligro la vida”** es aquella que, según el diagnóstico actual del médico que lo atiende, tiene una alta probabilidad de muerte. Una **“afección o enfermedad discapacitante”** es cualquier deficiencia física o mental médicamente determinable que se puede esperar que provoque la

muerte, o que haya durado o se pueda esperar que dure un período continuo de no menos de doce (12) meses, que impide que participe de actividades importantes o remuneradas. En el caso de un niño menor de dieciocho años, una “afección o enfermedad discapacitante” es cualquier deficiencia física o mental médicamente determinable de gravedad comparable.

El médico que lo atiende también debe certificar que su afección o enfermedad discapacitante o que pone en peligro la vida es una para la que los servicios de salud estándar no son eficaces o médicamente adecuados, o una para la que no existe un servicio o procedimiento estándar más beneficioso cubierto por Healthfirst, o una para la que existe un ensayo clínico (según lo define la ley).

Además, el médico que lo atiende debe haber recomendado una de las siguientes opciones:

- A. Un servicio, procedimiento o tratamiento que dos (2) documentos de evidencia médica y científica disponible indiquen que son más beneficiosos para usted que cualquier servicio cubierto estándar (solo ciertos documentos se considerarán en respaldo de esta recomendación: el médico que lo atiende debe comunicarse con el Estado para obtener información actual respecto de qué documentos se considerarán aceptables); o
- B. Un ensayo clínico para el que sea elegible (solo determinados ensayos clínicos pueden tenerse en cuenta).

A los fines de esta sección, el médico que lo atiende debe estar autorizado, certificado por el Colegio Médico o con nivel de acreditación por parte del consejo y calificado para ejercer en el área adecuada para tratar su afección o enfermedad discapacitante o que pone en peligro la vida.

### 4. El proceso de apelación externa.

Si, a través de nuestro proceso de apelación interna, usted ha recibido una determinación final adversa que sostiene una denegación de cobertura sobre la base de que el servicio no es médicamente necesario o es un tratamiento experimental o de investigación, tiene 45 días desde que recibe dicho aviso para presentar una solicitud por escrito de una apelación externa. Si usted y Healthfirst han aceptado por escrito la exención de cualquier apelación interna, tiene 45 días desde que recibe dicha exención para presentar una solicitud por escrito de una apelación externa. Proporcionaremos una solicitud de apelación externa con la determinación final adversa emitida por nuestro proceso de apelación interna o su exención por escrito de una apelación interna.

También puede pedir una solicitud de apelación externa al Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York al 1-800-400-8882 o en su sitio web en [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov). También puede pedir una solicitud de apelación externa al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125 o en su sitio web en [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov). Envíe la solicitud completa al Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York a la dirección que figura en la solicitud. Si cumple con los criterios para una apelación externa, el estado enviará la solicitud a un agente de apelaciones externas certificado.

Usted tendrá la oportunidad de enviar documentación adicional junto con la solicitud. Si el agente de apelaciones externas determina que la información que envía representa un cambio considerable en la información sobre la que basamos nuestra denegación, este agente compartirá esta información para que podamos ejercer nuestro derecho de reconsiderar su decisión. Si decidimos ejercer este derecho, tendremos tres (3) días hábiles para corregir o confirmar nuestra decisión. Tenga en cuenta que en el caso de una apelación acelerada (descrita a continuación), no tenemos derecho de reconsiderar nuestra decisión.

En general, el agente de apelaciones externas debe tomar una decisión en el plazo de 30 días desde que recibe su solicitud completa. El agente de apelaciones externas puede solicitar información adicional a usted, su médico o a nosotros. Si el agente de apelaciones externas solicita información adicional, tendrá cinco (5) días hábiles para tomar su decisión. El agente de apelaciones externas debe notificarle por escrito sobre su decisión en el plazo de dos (2) días hábiles.

Si el médico que lo atiende certifica que una demora en la prestación del servicio que se ha denegado implica una amenaza inminente o grave a su salud, usted puede solicitar una apelación externa acelerada. En tal caso, el agente de apelaciones externas debe tomar una decisión en el plazo de tres (3) días hábiles desde que reciba su solicitud completa. Inmediatamente después de tomar una decisión, el agente de apelaciones externas debe intentar notificarle a usted y a nosotros sobre dicha decisión por teléfono o fax. El agente de apelaciones externas también debe notificarle por escrito sobre su decisión.

Si el agente de apelaciones externas revoca la decisión de Healthfirst de que un servicio no es médicamente necesario o aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación, Healthfirst proporcionará cobertura sujeta a los otros términos y condiciones de este Contrato. Tenga en cuenta que si el agente de apelaciones externas aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación que es parte de un ensayo

clínico, solo cubriremos los costos de los servicios requeridos para proporcionarle el tratamiento conforme al diseño del ensayo. No seremos responsables de los costos de drogas o dispositivos de investigación, los costos de servicios que no sean cuidado médico, los costos de administrar la investigación o los costos que no estarían cubiertos conforme a este Contrato para tratamientos que no sean experimentales o de investigación proporcionados en dicho ensayo clínico.

La decisión del agente de apelaciones externas es vinculante, tanto para usted como para Healthfirst. La decisión del agente de apelaciones externas es admisible en cualquier procedimiento judicial.

## 5. **Sus responsabilidades.**

Es su obligación iniciar el proceso de apelación externa. Para iniciar el proceso de apelación externa, puede presentar una solicitud completa ante el Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York. Si el servicio solicitado ya se le ha prestado, su médico puede presentar una solicitud de apelación externa en su nombre, pero solo si usted ha dado su consentimiento por escrito.

En virtud de la legislación del estado de Nueva York, su solicitud de apelación completa debe presentarse en el plazo de 45 días desde la fecha en que reciba la notificación por escrito de Healthfirst de que ha mantenido la denegación de cobertura o la fecha en la que reciba una exención por escrito de una apelación interna. Healthfirst no tiene autoridad para otorgar una extensión de este plazo.

## 6. **Servicios cubiertos/exclusiones.**

En general, no cubrimos los tratamientos experimentales o de investigación. Sin embargo, cubriremos un tratamiento experimental o de investigación cuando sea aprobado por un agente de apelaciones externas conforme a este Contrato. Si el agente de apelaciones externas aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación que es parte de un ensayo clínico, solo cubriremos los costos de los servicios requeridos para proporcionarle el tratamiento conforme al diseño del ensayo. No seremos responsables de los costos de drogas o dispositivos de investigación, los costos de servicios que no sean cuidado médico, los costos de administrar la investigación o los costos que no estarían cubiertos conforme a este Contrato para tratamientos que no sean experimentales o de investigación proporcionados en dicho ensayo clínico.

## SECCIÓN QUINCE—QUEJAS Y PROBLEMAS CON SU COBERTURA

Queremos responder las preguntas que usted pueda tener sobre su cobertura en el momento en el que surjan. Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura, llame a nuestro departamento de Servicios a los Miembros al número que se encuentra en la página **Números importantes para recordar**. Intentaremos responder su pregunta rápidamente y de manera que quede satisfecho.

También queremos saber lo antes posible si tiene algún problema con su afiliación. El proceso de quejas descrito anteriormente nos permite responder sus preguntas y ayudarle con cualquier problema que pueda tener, excepto con los problemas que impliquen necesidad médica. Esos problemas se tratan según el proceso que se describe en las Secciones 13 y 14 de este Contrato. Consulte esas secciones si su inquietud implica una pregunta sobre nuestra decisión respecto de si un tratamiento particular recomendado o proporcionado por su proveedor de cuidado médico es médicamente necesario.

Comprendemos que a veces también puede tener un problema con nuestras políticas y procedimientos, o con decisiones que tomamos sobre su cobertura. Si esto sucede, tiene derecho a presentar una queja ante nosotros. Queremos saber cualquier problema que pueda tener y tratar su queja de inmediato.

### Con quién debe comunicarse para sus quejas:

- Llame a Servicios a los Miembros al número que se encuentra en la página **Números importantes para recordar** y explique su queja a un representante de Servicios a los Miembros. (Tenemos servicios de traducción disponibles y servicios de TTY para personas con discapacidades de audición, información con grabación sonora para personas con discapacidades de la vista y proveedores y personal administrativo bilingües para miembros con necesidades especiales).
- También puede presentar su queja por escrito usando el formulario en el portal para miembros y enviándolo por correo a:

Healthfirst Appeals and Grievances Unit  
P.O. Box 5166  
New York, NY 10274-5166  
Fax: 1-646-313-4618

Recuerde que también tiene derecho a designar un representante para presentar la queja o tratar la queja en cualquier momento durante el proceso de quejas.

Tan pronto como se reciba su queja, ya sea que la envíe por escrito o la explique por teléfono, investigaremos y responderemos sus inquietudes

lo antes posible. En el plazo de quince (15) días hábiles de haber recibido su queja, confirmaremos por escrito que se están revisando sus inquietudes. La confirmación incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono del individuo que hemos asignado para responder su queja. Nuestra confirmación también dirá qué información adicional, si la hubiera, necesitamos para investigar el asunto. Haremos todo lo posible por proporcionarle una solución satisfactoria.

Asignaremos personal capacitado para investigar y resolver las quejas de los miembros a fin de responder sus inquietudes. Si su queja implica problemas clínicos, designaremos personal capacitado a nivel clínico y calificado, que incluirá como mínimo un profesional de cuidado médico autorizado, certificado o registrado.

Resolveremos cualquier queja en la que una demora podría aumentar significativamente el riesgo para su salud en un plazo de 48 horas después de haber recibido toda la información necesaria para completar la investigación. Si su queja se trata sobre una remisión o beneficio cubierto, resolveremos su queja en un plazo de 30 días de haber recibido toda la información necesaria para completar la investigación. Todas las demás quejas se resolverán en un plazo de 45 días después de recibir toda la información necesaria para completar la investigación.

Le enviaremos a usted (o a su representante designado) un aviso con nuestra respuesta, que incluirá información sobre el fundamento de nuestra determinación, incluso las razones clínicas para la decisión si su queja implica un asunto clínico e información sobre cómo presentar una apelación. Si no está conforme con nuestra respuesta a su queja, usted (o la persona que escriba en su nombre) contará con 60 días hábiles a partir de la fecha en que reciba nuestra respuesta a su queja para presentar una apelación.

### Con quién debe comunicarse para sus apelaciones:

- Todas las apelaciones deben presentarse por escrito y enviarse a:  
Healthfirst  
Appeals and Grievances Department  
P.O. Box 5166  
New York, NY 10274-5166

Le enviaremos un aviso por escrito para comunicarle que hemos recibido su apelación en un plazo de quince (15) días hábiles desde que la recibamos. Este aviso le proporcionará el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que responderá a su apelación. El aviso también puede incluir una solicitud de más información si es necesaria para tomar una decisión sobre su apelación.

La apelación será resuelta por personal calificado que no haya estado involucrado en nuestra determinación inicial. Si su apelación implica un asunto clínico, será resuelto por profesionales de cuidado médico autorizados, certificados o registrados que no hayan formado parte de la decisión de la queja original.

Le proporcionaremos una respuesta a una apelación en la que una demora aumentaría en gran medida el riesgo para su salud en un plazo de dos (2) días hábiles después de haber recibido toda la información necesaria para realizar nuestra revisión. Todas las demás apelaciones se responderán en un plazo de 30 días hábiles después de haber recibido toda la información necesaria para realizar nuestra revisión. El aviso de nuestra decisión sobre su apelación incluirá los motivos de nuestra decisión, incluidos los factores clínicos.

Esperamos escuchar sus comentarios o inquietudes, que nos ayudan a evaluar y mejorar los servicios del plan. No lo discriminaremos a usted ni a ningún miembro que presente una queja ante nosotros.

En cualquier momento durante nuestro proceso de quejas, usted tiene derecho a presentar una queja directamente ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-800-206-8125 o escribiendo a la siguiente dirección: New York State Department of Health, Division of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Corning Tower ESP, Room 2019, Albany, NY 12237.

Comuníquese con Servicios a los Miembros al número que se encuentra en la página **Números importantes para recordar** para obtener ayuda para expresar una queja o presentar una apelación. Agradecemos la oportunidad de garantizar que sus inquietudes sobre sus servicios de cuidado médico se respondan satisfactoriamente.

## SECCIÓN DIECISÉIS—DISPOSICIONES GENERALES

1. **Sin cesión.** No puede ceder ningún beneficio ni dinero debido conforme a este Contrato a ninguna persona, corporación ni otra organización. Cualquier cesión que realice será anulada. La cesión implica la transferencia a otra persona o a una organización de su derecho a los servicios proporcionados conforme a este Contrato.
2. **Aviso.** Cualquier aviso conforme a este Contrato será entregado por el correo de los Estados Unidos, con franqueo prepago, a la siguiente dirección:

### Si es para nosotros:

Healthfirst Legal Department  
100 Church Street  
New York, NY 10007

O envíenos un correo electrónico a:  
**legalnotices@healthfirst.org**

**Si es para usted:** a la última dirección proporcionada por usted al momento de la inscripción o cambio del formulario de dirección o solicitud verbal.

3. **Su registro de hospitalización e historia clínica.** Aceptamos mantener la confidencialidad de su historia clínica. Para proporcionar cuidado y procesar sus reclamaciones conforme a este Contrato, es posible que Healthfirst deba obtener su registro de hospitalización e historia clínica e información de hospitales, centros de enfermería especializada, médicos u otros profesionales de cuidado médico o centros que lo examinaron, trataron o le prestaron servicios. Cuando recibe cobertura conforme a este Contrato, automáticamente le otorga permiso a Healthfirst para obtener y usar esos registros e información. Si no le proporciona los registros a Healthfirst, Healthfirst tiene derecho a negar el pago de esa reclamación. La información y los registros se mantendrán confidenciales, según lo requiera la ley.
4. **Examen de los miembros a pedido de Healthfirst.** En caso de una pregunta o disputa sobre la cobertura, la prestación de los servicios de salud o el pago de dichos servicios conforme a este Contrato, Healthfirst puede requerir de manera razonable que un médico participante y designado por Healthfirst, lo examine, a cargo de Healthfirst.
5. **Cambios en este Contrato.** Healthfirst puede cambiar este Contrato si el cambio es aprobado por el Superintendente de seguros del Estado de Nueva York, siempre que ese cambio entre en vigencia en la fecha de renovación de este Contrato. Healthfirst le notificará sobre cualquier cambio al menos treinta (30) días antes.
6. **Quién recibe el pago conforme a este contrato.** Healthfirst realizará directamente los pagos conforme a este Contrato por los servicios proporcionados en un hospital participante o por un médico o proveedor participante, al hospital, médico o proveedor. Si recibe servicios en un hospital que no participa de la red, o de cualquier otro proveedor que no participa de la red, Healthfirst se reserva el derecho de pagarle a usted, al hospital o a otro proveedor.
7. **Momento de iniciar acciones legales.** Debe iniciar cualquier demanda contra Healthfirst conforme a este Contrato en un plazo de dos (2) años a partir de la fecha en que recibió el servicio que desea que Healthfirst pague.
8. **Legislación de Nueva York.** Este Contrato se registrará en todos los aspectos por las leyes del estado de Nueva York. Este Contrato y los beneficios y tarifas de las primas pueden cambiar únicamente de acuerdo con las leyes y regulaciones del estado de Nueva York.

9. **Error administrativo.** Un error administrativo, ya sea de parte del afiliado o de Healthfirst, con respecto a este Contrato o a otra documentación emitida por Healthfirst en relación con este Contrato, o en el mantenimiento de cualquier registro sobre la cobertura, no modificará ni invalidará la cobertura que de otra manera esté vigente legítimamente ni continuará la cobertura que finalice legítimamente.
10. **Sin autoridad; exención.** Ningún agente ni otra persona, excepto un funcionario autorizado de Healthfirst, tiene autoridad para anular ninguna condición o restricción de este Contrato, extender el tiempo para enviar un pago por correo, cambiar la forma o el contenido de este Contrato, o vincular a Healthfirst al hacer cualquier promesa o declaración o al dar o recibir información. Dicha exención, extensión, cambio u otra acción se hará únicamente por escrito y lo firmará un funcionario autorizado de Healthfirst.
11. **Demandas contra nosotros por acciones de otros.** No puede demandar a Healthfirst por las acciones de cualquier persona, hospital u otra organización que preste servicios cubiertos.



# Aviso de privacidad de Healthfirst

---

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. LA FECHA DE COMIENZO DE LA VIGENCIA DE ESTE AVISO ES EL 1 DE JULIO DE 2016.**

En Healthfirst (formada por Healthfirst, Inc., Healthfirst PHSP, Inc., Healthfirst Health Plan, Inc. y Senior Health Partners, Inc.), respetamos la confidencialidad de su información de salud y la protegeremos de manera responsable y profesional. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud, que le entreguemos este aviso y que respetemos los términos de este aviso. Este aviso explica cómo utilizamos la información sobre usted y cuándo podemos compartir dicha información con otras personas. También le informa sobre sus derechos como nuestro valioso cliente y cómo usted puede ejercer tales derechos. Healthfirst le envía este aviso porque nuestros registros indican que nosotros le ofrecemos beneficios de salud o dentales con una póliza individual o grupal.

Este aviso se aplica a Healthfirst, Inc., Healthfirst PHSP, Inc., Healthfirst Health Plan, Inc. y Senior Health Partners, Inc. Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso hasta que lo reemplacemos; asimismo, nos reservamos el derecho de cambiar dichos términos en cualquier momento. Si hacemos cambios en las Prácticas de privacidad, revisaremos y enviaremos un Aviso de privacidad nuevo a todas las personas a quienes debamos entregarles el nuevo aviso en un plazo de 60 días posteriores al cambio. También publicaremos todas las revisiones materiales de este aviso en el sitio web de Healthfirst, Inc. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios nuevos se apliquen a la información médica que conservamos sobre usted antes y después de que este aviso nuevo entre en vigencia. Cada tres años, les notificaremos a nuestros miembros sobre la disponibilidad del Aviso de privacidad y cómo pueden obtenerlo.

Healthfirst participa en un Acuerdo Organizado de Cuidado Médico (*Organized Health Care Arrangement*, OHCA por sus siglas en inglés) de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos. Un OHCA es un acuerdo que le permite a Healthfirst y sus hospitales asociados mencionados en este aviso compartir información de salud protegida (*protected health information*, PHI por sus siglas en inglés) de sus

pacientes o miembros del plan para promover el trabajo conjunto de las entidades participantes. Las organizaciones que participan en este OHCA pueden utilizar o divulgar su información de salud entre sí, según sea necesario para su tratamiento, para recibir el pago del tratamiento, por cuestiones administrativas, para evaluar la calidad del cuidado que recibe y para cualquier otro trabajo conjunto de cuidado médico del OHCA.

Las entidades cubiertas que participan en el OHCA aceptan respetar los términos de este aviso relacionados con la PHI generada o recibida por la entidad cubierta como parte de su participación en el OHCA. Las entidades cubiertas son Mount Sinai Health System (Mount Sinai Hospital, Mount Sinai Beth Israel, Mount Sinai St. Luke's, Mount Sinai West Roosevelt), St. Barnabas Hospital, Medisys Health Network, Maimonides Medical Center, Bronx Lebanon Hospital, NYC Health & Hospitals, The Brooklyn Hospital Center, NorthWell Health, Montefiore Medical Center, Stony Brook University Medical Center, Interfaith Medical Center, St. John's Episcopal Hospital, SUNY-Downstate Medical Center/University Hospital of Brooklyn y NuHealth. Las entidades cubiertas, que componen el OHCA, se encuentran ubicadas en diferentes lugares de toda el área metropolitana de Nueva York. Este aviso se aplica a todos estos centros.

Las entidades cubiertas que participan en el OHCA compartirán información protegida de salud entre sí, ya que la información es necesaria para realizar tratamientos, pagos y trabajos de cuidado médico. Las entidades cubiertas que conforman el OHCA pueden tener diferentes políticas y procedimientos con respecto al uso y la divulgación de la información de salud que se genera y mantiene en cada uno de sus centros. Además, si bien todas las entidades que conforman el OHCA utilizarán este aviso para las actividades relacionadas con el OHCA, pueden utilizar un aviso específico de sus propios centros cuando brindan servicios en sus organizaciones. Si tiene alguna pregunta sobre alguna de las partes de este aviso o si desea obtener más información sobre las entidades cubiertas por el OHCA, comuníquese con la Oficina de privacidad al 1-212-801-6299.

## **Cómo usamos o compartimos la información**

En este aviso, cuando hablamos de “información” o de “información de salud”, nos referimos a la información que recibimos de usted directa o indirectamente a través de los formularios de inscripción, por ejemplo, su nombre, dirección y otros datos demográficos; información de sus transacciones con nosotros o nuestros proveedores, como antecedentes médicos, el tratamiento de cuidado médico, las recetas, las reclamaciones y disputas de cuidado médico, las solicitudes de servicios de cuidado médico e información sobre quejas formales y quejas por escrito; o información financiera relacionada con su elegibilidad para los programas de salud gubernamentales o en relación con el pago de las primas.

### **Usos y divulgaciones permisibles sin su consentimiento o autorización**

Las siguientes son formas en las que podemos utilizar o compartir información sobre usted.

### **Para fines de tratamiento de parte de proveedores de cuidado médico**

Podemos compartir información sobre su salud con su médico, cuando este lo solicite, para su tratamiento; utilizar la información para ayudar a pagar sus facturas por servicios médicos que nos hayan enviado médicos y hospitales para solicitar el pago, o compartir su información con sus médicos u hospitales para ayudarles a brindarle cuidado médico. Por ejemplo, si usted está en el hospital, podemos brindarles acceso a cualquier historia clínica que su médico nos haya enviado. Podemos usar o compartir su información con terceros para ayudar a administrar su cuidado médico. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para sugerir un programa de manejo de las enfermedades o bienestar que podría ayudar a mejorar su salud.

### **Pago del cuidado médico**

Podemos divulgar información sobre su salud para obtener primas; obtener o brindar reembolsos para sus facturas médicas; ayudar a un hospital o médico a determinar su elegibilidad o cobertura; administrar las reclamaciones de facturación y otras actividades de reembolso; para revisar los servicios de cuidado médico con respecto a la necesidad médica, la pertinencia del cuidado médico o la justificación de los cargos; para realizar actividades de revisión de la utilización que incluyen autorización previa, certificación previa, revisiones de servicios concurrentes y retrospectivos; y para divulgar a las agencias de informes de los consumidores cualquier tipo de información protegida de salud relacionada con el cobro de primas u otros reembolsos.

### **Operaciones de cuidado médico**

Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para llevar a cabo actividades de evaluación de la calidad y de mejoras; para actividades de aseguramiento u otras actividades relacionadas con la creación, la renovación

o el reemplazo de un contrato de seguro médico; compartir su información con otras personas que nos ayudan a administrar, planificar o llevar a cabo las actividades de nuestra empresa; y para autorizar a los socios de negocios a brindar servicios de recolección de datos y participar en la administración de casos o en la coordinación del cuidado. No compartiremos su información con estos grupos externos, salvo que ellos acepten mantenerla protegida. Y tenemos prohibido usar o divulgar su información genética con fines de aseguramiento. En algunas situaciones, es posible que compartamos la información sobre su salud con otra entidad cubierta para actividades limitadas de operaciones propias del cuidado médico y las actividades de cumplimiento relacionadas con el fraude y el abuso del cuidado médico de la entidad que recibe la información sobre su salud.

### **Servicios de cuidado médico**

Podemos usar o compartir su información para proporcionarle información acerca de tratamientos y programas médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud en los que usted puede estar interesado. Por ejemplo, podríamos enviarle información sobre el asma, el control de la diabetes, o los programas de administración del cuidado médico. No vendemos su información a grupos externos que posiblemente deseen venderle sus productos o servicios, como una compañía de venta por catálogo. Podemos compartir su información de salud con nuestros socios de negocios para que nos ayuden con estas actividades.

### **Intercambio de información de salud**

Podemos utilizar o compartir su información de manera electrónica a través de nuestra herramienta de Intercambio de información de salud con los hospitales y proveedores que participan en nuestro OHCA. Esta información puede incluir información clínica y de consultas que incluye notificaciones de ingreso, alta y traslado, lecturas de presión sanguínea, índices de masa corporal, resúmenes de consultas y resultados de laboratorio. Podemos compartir información que incluye reclamaciones de farmacias por surtidos, consultas médicas e interrupciones de cuidado de calidad. No divulgaremos información a ningún consultorio médico, hospital, clínica, laboratorio u otro sitio que no sea parte del OHCA.

### **De acuerdo con lo exigido por la ley**

Las leyes estatales y federales pueden exigirnos que revelemos información sobre su salud a otros. Es posible que se nos exija brindar información a agencias estatales y federales que nos regulan, como el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, los Departamentos de Salud del Estado y de la Ciudad de Nueva York, los Distritos Locales de Servicios Social y el Procurador General del Estado de Nueva York.

También podemos utilizar y divulgar su información de salud de la siguiente manera:

- A alguien que tenga el derecho legal para actuar en su nombre (su representante personal, apoderado legal médico o tutor legal) a fin de administrar sus derechos, tal como se describe en este aviso;
- Para brindar información a agencias de salud pública si creemos que existe una amenaza grave para la salud o seguridad;
- Para dar información a un tribunal o una agencia administrativa (por ejemplo, en conformidad con una orden de un tribunal, una citación o una orden de protección de menores);
- Para brindar información a una autoridad gubernamental respecto de casos de abuso de menores, abandono o violencia doméstica, o información para que se cumpla la ley;
- Para compartir información para actividades de salud pública;
- Para compartir información relacionada con funciones gubernamentales especializadas, como actividades militares y de veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, y los servicios de protección para el Presidente, entre otros;
- Para fines de investigación, en circunstancias limitadas;
- A un médico forense, examinador médico o director de funeraria respecto de una persona fallecida;
- A una organización de obtención de órganos en circunstancias limitadas; y
- Para prevenir una amenaza grave para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otros.

## Usos y divulgaciones permisibles con su consentimiento o autorización

Si alguno de los motivos descritos previamente no se aplica a la forma en que usamos o revelamos su información de salud, debemos obtener su permiso por escrito para usar o revelar información sobre su salud. Por ejemplo, la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (si Healthfirst las conserva), usos y divulgaciones de información protegida de salud con propósitos de mercadeo, y divulgaciones que constituyen una venta de información protegida de salud, exigen que obtengamos su autorización por escrito antes de divulgar dicha información. Si usted nos autoriza por escrito a divulgar su información personal de salud y cambia de parecer, puede revocar dicha autorización en cualquier momento. Su revocación entrará en vigencia para toda la información de salud que tenemos sobre usted, excepto

en la medida en que ya hayamos procedido de acuerdo con la autorización.

## Sus derechos

A continuación, se informan sus derechos respecto de la información que conservamos sobre su salud. Puede presentarnos una solicitud por escrito para que procedamos a llevar a cabo una o varias de las siguientes acciones con relación a la información sobre su salud:

- Tiene derecho a solicitarnos que le enviemos por correo una copia de este aviso si lo recibió por otros medios distintos al correo de los Estados Unidos. También puede ver una copia del aviso en nuestro sitio web <http://www.healthfirst.org>.
- Tiene derecho a solicitar copias de la información sobre su salud. En limitadas ocasiones, no estamos obligados a aceptar su solicitud (por ejemplo, información perteneciente a notas de psicoterapia; información recopilada ante la expectativa razonable de una acción o proceso judicial civil, penal o administrativo o para ser utilizada en estos; e información sujeta a ciertas leyes federales que rigen productos biológicos y laboratorios clínicos). En ciertas otras situaciones, podemos denegarle su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información. Si denegamos su solicitud, le notificaremos por escrito y podríamos concederle el derecho de hacer que la denegación sea revisada. Usted tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la manera en que utilizamos o compartimos su información para tratamientos, pagos o funciones propias del cuidado médico. También tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la información que se nos solicita que proporcionemos a familiares u otras personas involucradas en su cuidado médico o en el pago de su cuidado médico. Aunque es posible que respetemos su solicitud, no estamos obligados a aceptar estas restricciones.
- Usted tiene derecho a enviarnos instrucciones especiales respecto de la manera en que le enviamos información sobre el plan que contenga información protegida de salud. Por ejemplo, puede solicitarnos que le enviemos la información a través de un medio específico (como el correo de los Estados Unidos o por fax) o a una dirección específica si considera que podría resultar perjudicado si le enviamos la información por otro medio (por ejemplo, en situaciones que impliquen violencia o altercados domésticos). Nos adaptaremos a su solicitud razonable tal como se explicó arriba. Aunque nos pida que nos comuniquemos con usted a través de medios alternativos, podemos brindarle al titular del contrato información sobre los costos.

- Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información que conservamos sobre usted en su “conjunto designado de registros”. El conjunto designado de registros es el grupo de registros que utilizamos para tomar decisiones sobre usted e incluye registros de inscripción, pagos, adjudicación de reclamaciones y administración de casos.
- Usted tiene derecho a solicitarnos que hagamos cambios en la información que conservamos sobre usted en su expediente designado. Estos cambios se denominan enmiendas. Su solicitud por escrito debe incluir un motivo para hacerla. Le notificaremos por escrito sobre cada solicitud de realizar enmiendas que deneguemos junto con una explicación acerca de la denegación. Usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito.
- Usted tiene derecho a recibir un registro de ciertas divulgaciones de su información que hayamos hecho durante los seis (6) años anteriores a su solicitud. No estamos obligados a proporcionarle un registro de las siguientes divulgaciones:
  - Divulgaciones anteriores al 14 de abril de 2003;
  - Divulgaciones para fines de tratamientos, pagos y operaciones del cuidado médico;
  - Divulgaciones hechas a usted, a su representante personal o conforme a su autorización;
  - Divulgaciones en relación con un uso o una divulgación, que de otra manera estuvieran permitidas;
  - Divulgaciones a personas involucradas en su cuidado o a otros efectos de notificación;
  - Divulgaciones para fines de seguridad o inteligencia nacionales;
  - Divulgaciones a instituciones correccionales, funcionarios encargados del cumplimiento de la ley o agencias de supervisión de la salud; o
  - Divulgaciones realizadas como parte de un conjunto limitado de datos para fines de investigación, salud pública o funciones propias del cuidado médico.
- Healthfirst le notificará cuando ocurra una violación de la seguridad de su información protegida de salud.

9:00 a.m. a 5:00 p.m., por teléfono, correo electrónico o por escrito. Le proporcionaremos la información y los formularios necesarios para que llene y devuelva a nuestra Oficina de Privacidad. En algunos casos, es posible que le cobremos un cargo por el costo de dicha solicitud. Si tiene preguntas acerca de este aviso o sobre cómo utilizamos o compartimos la información, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Healthfirst.

## Quejas

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja ante nosotros o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante nosotros, puede llamar o escribir a la Oficina de Privacidad (a continuación). No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos:

**Healthfirst Privacy Office**  
**P.O. Box 5183**  
**New York, NY 10274-5183**  
**Teléfono: 1-212-801-6299**  
**Correo electrónico: HIPAAPrivacy@healthfirst.org**

**Office for Civil Rights**  
**U.S. Department of Health**  
**and Human Services**  
**Jacob Javits Federal Building, Suite 3312**  
**New York, NY 10278**  
**O.C.R. Líneas directas y de voz: 1-800-368-1019**  
**TDD: 1-800-537-7697**  
**Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov**  
**Sitio web: www.hhs.gov/ocr/**

## Aviso de privacidad del Estado de Nueva York

### ¿Qué significa este aviso?

En Healthfirst, Inc. (por ejemplo, Healthfirst PHSP, Inc., Healthfirst Health Plan, Inc., Senior Health Partners, Inc. y Healthfirst Insurance Company, Inc.), apreciamos la confianza que nuestros miembros depositan en nosotros y reconocemos lo importante y delicado que es proteger la confidencialidad de la información personal no pública que recopilamos sobre ellos. Recopilamos información personal no pública sobre nuestros miembros para administrar de manera eficaz nuestros planes de salud y ofrecer beneficios de cuidado médico a los miembros de nuestros planes de salud. La protección de esta información es nuestra mayor prioridad y nos complace compartir con usted nuestra Política de privacidad.

## Ejercicio de sus derechos

Si usted desea ejercer los derechos que se describen en este aviso, comuníquese con nuestra Oficina de Privacidad (a continuación), de lunes a viernes, de

## ¿Qué significa “Información personal no pública”?

La información personal no pública (Non-public personal information, NPI por sus siglas en inglés) consiste en información que identifica a un individuo inscrito en un plan de salud de Healthfirst (por ejemplo, el plan Child Health Plus, el Plan Medicare de Healthfirst y Healthfirst Insurance Company, Inc.) y se relaciona con la inscripción de un individuo en el plan; la participación de un individuo en el plan; la condición física o mental/conductual de un individuo; la provisión de cuidado médico a dicho individuo; o el pago por el cuidado médico proporcionado a dicho individuo. La NPI no incluye información pública disponible ni información que se registre o esté disponible de manera conjunta, sin ningún identificador personal.

## ¿Qué tipos de NPI recopila Healthfirst?

Al igual que todos los otros planes de cuidado médico, recopilamos los siguientes tipos de NPI sobre nuestros miembros y sus dependientes, durante el curso normal de las actividades para proporcionarle a usted servicios de cuidado médico:

- Información que recibimos directa o indirectamente de usted o de las agencias gubernamentales de la ciudad o del estado a través de las solicitudes de inscripción y elegibilidad, y en otras formas tales como las siguientes: nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social, estado civil, información sobre los dependientes, activos y declaraciones de impuestos.
- Información sobre las transacciones que realiza con nosotros, nuestros proveedores de cuidado médico afiliados u otros, y que incluye, de manera no taxativa, información sobre apelaciones y reclamos formales, quejas por beneficios, registros de historias clínicas con pago de primas e información sobre coordinación de los beneficios. También incluye información sobre su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y evaluaciones de riesgos de salud.
- Información sobre su actividad en nuestro sitio web.

## ¿Qué NPI utiliza o divulga Healthfirst a terceros y por qué?

No compartimos NPI con ninguna persona sin su autorización por escrito, excepto según lo permitido por la ley. Si lo hiciéramos en el futuro, le notificaremos ese cambio en la política y le informaremos su derecho a darnos instrucciones para que no se comparta su información. Puede decirnos, en cualquier momento, que no compartamos su información personal con las compañías afiliadas que brindan productos o servicios que no son los nuestros. Si desea hacer uso de su opción de exclusión voluntaria o revocar una solicitud de exclusión voluntaria previa, deberá proporcionar la siguiente información para poder procesar su solicitud: nombre, fecha de nacimiento y número de identificación de miembro.

Puede utilizar cualquiera de los siguientes métodos para solicitar o revocar su exclusión voluntaria:

- Llámenos al 1-212-801-6299
- Envíenos un correo electrónico a [HIPAAPrivacy@healthfirst.org](mailto:HIPAAPrivacy@healthfirst.org)
- Envíenos por correo su solicitud de exclusión voluntaria por escrito a:

**Healthfirst Privacy Office  
P.O. Box 5183  
New York, NY 10274-5183**

## ¿De qué manera trata Healthfirst la NPI relacionada con la información personal sobre su salud?

Healthfirst no compartirá con terceros ningún tipo de información no pública sobre su salud sin su autorización por escrito, salvo que la ley lo permita de otro modo. La información no pública sobre la salud es información identificable individualmente que mantenemos en relación con el suministro de su cuidado médico o el pago de esta, incluida su historia clínica y la información sobre el pago de reclamaciones.

De acuerdo con la ley, Healthfirst tiene permitido compartir información no pública sobre la salud a fin de administrar sus beneficios de cuidado médico, por ejemplo, autorización de solicitudes de servicios de cuidado médico, pago de reclamaciones de servicios, garantía de mejoramiento y prácticas de control de calidad, resolución de inquietudes relacionadas con apelaciones o quejas formales y cualquier divulgación exigida por las agencias gubernamentales correspondientes.

Si en algún momento en el futuro, Healthfirst intentara compartir con terceros la información no pública sobre su salud de alguna manera no permitida por la ley, le enviaremos un formulario de consentimiento especial para que lo llene y firme antes de compartir su información.

Regulación 169 Aviso de privacidad [2007]

## ¿Cuáles son las Políticas de confidencialidad y seguridad de la NPI de Healthfirst?

Restringimos el acceso a la NPI sobre usted a aquellos empleados de Healthfirst que necesiten conocer dicha información a fin de brindarle servicios. Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimientos que cumplen con las normas federales y estatales para proteger su NPI. Los empleados que violen nuestras políticas de confidencialidad o seguridad están sujetos a sanciones disciplinarias, que pueden incluir el despido.

REV 07/2016

# Sus derechos y responsabilidades como miembro

## Sus derechos

Como miembro de Healthfirst, usted tiene derecho a:

- Ser atendido con respeto, independientemente de su estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual.
- Que se le informe dónde, cuándo, y cómo obtener los servicios que necesita de Healthfirst.
- Que su PCP y otros proveedores de cuidado médico le informen lo que está mal, qué se puede hacer por usted y cuál sería el resultado, en un idioma que usted entienda.
- Obtener una segunda opinión acerca de su cuidado.
- Dar su consentimiento para cualquier tratamiento o plan para su cuidado después de que le han explicado completamente el plan.
- Rechazar la atención y que le digan a qué se arriesga si lo hace.
- Obtener una copia de su historia clínica y hablar de esto con su PCP o proveedor de cuidado médico y pedir, si fuere necesario, que su historia clínica sea enmendada o corregida.
- Asegurarse de que su historia clínica sea privada y no se comparta con nadie excepto cuando la ley o un contrato lo exijan, o con su aprobación.
- Utilizar el sistema de quejas de Healthfirst, o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York en cualquier momento que considere que no recibió un trato justo.
- Designar a alguien (familiar, amigo, abogado, etc.) para que hable por usted si usted no puede hablar por usted mismo acerca de su cuidado y tratamiento.
- Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin restricciones innecesarias.
- Trabajar con su PCP para conservar y mejorar su salud.

## Sus responsabilidades

Como miembro de Healthfirst, usted se compromete a:

- Averiguar cómo funciona el sistema de salud.
- Escuchar los consejos de su PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar o regresar a su PCP si no se mejora o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de cuidado médico con el respeto que espera para sí mismo.
- Informarnos si tiene problemas con algún miembro del personal de cuidado médico. Llame a Servicios a los Miembros.
- Mantener sus citas. Si tiene que cancelar una cita, llame tan pronto como sea posible.
- Usar la sala de emergencias sólo para emergencias reales.
- Llamar a su PCP cuando necesite cuidado médico, aunque sea fuera del horario de atención.

## Centros de asistencia de Healthfirst

### BRONX

---

**412 East Fordham Road**  
(entrada por Webster Avenue)

### BROOKLYN

---

**Bensonhurst**  
**2236 86<sup>th</sup> Street**  
(entre Bay 31<sup>st</sup> Street y Bay 32<sup>nd</sup> Street)

**Downtown Brooklyn**  
**635 Fulton Street**  
(entre Hudson Avenue y Rockwell Place)

**Sunset Park**  
**5324 7<sup>th</sup> Avenue**  
(entre 53<sup>rd</sup> Street y 54<sup>th</sup> Street)

### MANHATTAN

---

**Chinatown**  
**128 Mott Street, Room 407**  
(entre Grand Street y Hester Street)

**28 East Broadway, 5<sup>to</sup> Floor** (entre  
Catherine Street y Market Street)

**Washington Heights**  
**1467 St. Nicholas Avenue**  
(entre West 183<sup>rd</sup> Street y West 184<sup>th</sup> Street)

### QUEENS

---

**Jackson Heights**  
**93-14 Roosevelt Avenue**  
(entre 94<sup>th</sup> Street y Aske Street)

**Elmhurst**  
**40-08 81<sup>st</sup> Street**  
(entre Roosevelt Avenue y 41<sup>st</sup> Avenue)

**Flushing**  
**41-60 Main Street, Salas 201 y 311**  
(entre Sanford Avenue y Maple Avenue)

**37-02 Main Street**  
(entre 37<sup>th</sup> Avenue y 38<sup>th</sup> Avenue)

**Richmond Hill**  
**122-01 Liberty Avenue**  
(entre 122<sup>nd</sup> Street y 123<sup>rd</sup> Street)

### LONG ISLAND

---

**Hempstead**  
**50 Clinton Street**  
(entre Front Street y Fulton Avenue)

**Bay Shore**  
**1701 Sunrise Highway**  
(Westfield South Shore Mall)

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Child Health Plus, llame a Servicios a los Miembros al **1-866-463-6743** (TTY 1-888-867-4132), de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.



Comuníquese con nosotros en HealthfirstNY para conocer los eventos y las actividades.