



Amerigroup
RealSolutions[®]
in healthcare

Real



Solutions

Contrato Del Subscriptor

New York





CONTRATO DEL SUSCRIPTOR

Este es su Contrato de Child Health Plus con Amerigroup Community Care. El mismo le concede derecho a los beneficios definidos en el Contrato. La cobertura comienza en la fecha efectiva establecida en su tarjeta de identificación. Este Contrato continuará en efecto a menos que sea terminado por cualquiera de los motivos descritos en él.

NOTIFICACIÓN DE DERECHO DE 10 DÍAS PARA EXAMINAR EL CONTRATO

Tiene derecho a devolver este Contrato. Examínelo detenidamente. Puede devolverlo y pedirnos que lo cancelemos. Su solicitud debe ser hecha por escrito en un plazo de 10 días desde la fecha en que recibió este Contrato. Le reembolsaremos cualquier prima que haya pagado. Si devuelve este Contrato, no le proveeremos ningún beneficio.

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE:

Excepto según lo establecido en este Contrato, todos los servicios deben ser suministrados, organizados o autorizados por su Médico de Atención Primaria. Debe ponerse en contacto con su Médico de Atención Primaria por anticipado con el fin de recibir beneficios, excepto por atención de emergencia descrita en la Sección Cinco, cierta atención obstétrica y ginecológica descrita en la Sección Cuatro, atención oftalmológica descrita en la Sección Ocho y atención odontológica descrita en la Sección Nueve de este Contrato.

Amerigroup es una compañía con diversidad cultural. Todas las personas elegibles son bienvenidas a nuestros programas de atención médica, independientemente de su estado de salud. Si tiene preguntas o inquietudes, llame al 1-800-600-4441 (TTY 1-800-855-2884) y pida hablar con la extensión 34925. O visítenos en www.myamerigroup.com.

**Amerigroup Community Care
Child Health Plus Contrato del suscriptor**

21 Penn Plaza, 360 West 31st Street, Fifth Floor ■ New York, New York 10001

1-800-600-4441

TTY 1-800-855-2880

www.myamerigroup.com

Índice

SECCIÓN	TÍTULO	PÁGINA
SECCIÓN UNO	INTRODUCCIÓN	2
SECCIÓN DOS	QUIÉN ESTÁ CUBIERTO.....	3
SECCIÓN TRES	BENEFICIOS DE HOSPITAL.....	4
SECCIÓN CUATRO	SERVICIOS MÉDICOS	5
SECCIÓN CINCO	ATENCIÓN DE EMERGENCIA	7
SECCIÓN SEIS	SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS.....	7
SECCIÓN SIETE	OTROS SERVICIOS CUBIERTOS.....	8
SECCIÓN OCHO	ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA	11
SECCIÓN NUEVE	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	11
SECCIÓN DIEZ	INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE CÓMO FUNCIONA ESTE PLAN	13
SECCIÓN ONCE	LIMITACIONES Y EXCLUSIONES	15
SECCIÓN DOCE	PRIMAS POR ESTE CONTRATO	16
SECCIÓN TRECE	TERMINACIÓN DE COBERTURA.....	17
SECCIÓN CATORCE	DERECHO A UN NUEVO CONTRATO DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN.....	18
SECCIÓN QUINCE	PROCEDIMIENTO DE RECLAMO Y APELACIONES DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIO	18
SECCIÓN DIECISÉIS	APELACIÓN EXTERNA	24
SECCIÓN DIECISIETE	DISPOSICIONES GENERALES.....	25

SECCIÓN UNO – INTRODUCCIÓN

PROGRAMA CHILD HEALTH PLUS

Este Contrato está siendo emitido de conformidad con un programa especial del Departamento de Salud (DOH) del Estado de New York diseñado para proveer cobertura subsidiada de seguro de salud para niños no asegurados del Estado de New York. Lo afiliaremos al Programa Child Health Plus si cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por el Estado de New York y tendrá derecho a los servicios de atención médica descritos en este Contrato. Usted y/o el adulto responsable, según lo listado en la aplicación, debe informarnos de cualquier cambio de estado, tal como residencia, ingresos u otro seguro, que pueda hacerlo inelegible para participar en Child Health Plus, en un plazo de 60 días después del cambio.

ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE UNA HMO

Este Contrato provee cobertura a través de una HMO. En una HMO, toda la atención debe ser médicamente necesaria y suministrada, organizada o autorizada por anticipado por su Médico de Atención Primaria. Excepto por atención de emergencia, para ciertos servicios obstétricos y ginecológicos y para servicios oftalmológicos y odontológicos, no hay cobertura para atención que reciba sin la aprobación de su PCP. Además, la cobertura solo es proporcionada para atención brindada por un proveedor participante, excepto en una emergencia o cuando su PCP lo remite a un proveedor no participante.

Es su responsabilidad seleccionar un PCP de la lista de PCPs al afiliarse para esta cobertura. Puede cambiar su PCP llamando a nuestro departamento de Servicios al Miembro. A lo largo de este Contrato, el PCP que usted haya elegido se denomina como su PCP.

PALABRAS QUE USAMOS

A lo largo de este Contrato, Amerigroup Community Care será denominada como nosotros, nos o nuestro. Las palabras usted, suyo o suyos se refieren a usted, el niño para el cual es emitido este Contrato y quien es nombrado en la tarjeta de identificación.

DEFINICIONES

Las siguientes definiciones se aplican a este Contrato:

Contrato significa este documento. Conformar el acuerdo legal entre usted y nosotros. Conserve este Contrato con sus documentos importantes, de modo que esté disponible para su referencia.

Condición de Emergencia significa una condición médica o conductual, cuyo inicio sea repentino, que se manifieste por síntomas de gravedad suficiente, incluyendo dolor agudo, que una persona común, que posea un conocimiento promedio de medicina y salud, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata produzca cualquiera de los siguientes:

- Poner la salud de la persona afligida con dicha condición en riesgo grave, o, en el caso de una condición conductual, poner la salud de dicha persona o de otras personas en riesgo grave
- Deficiencia grave de las funciones corporales de dicha persona
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal de dicha persona
- Desfiguración grave de dicha persona

Servicios de Emergencia significa aquellos servicios hospitalarios médicos y ambulatorios necesarios para el tratamiento de una condición de emergencia.

Hospital significa un centro definido en el Artículo 28 de la ley de Salud Pública que:

- Esté involucrado primariamente en el suministro, por o bajo la supervisión continua de médicos, a pacientes hospitalizados, servicios diagnósticos y terapéuticos para el diagnóstico, tratamiento y atención de personas lesionadas o enfermas

- Tenga departamentos organizados de medicina y cirugía mayor
- Tenga el requisito de que cada paciente debe estar bajo la atención de un médico u odontólogo
- Provea un servicio de enfermería las 24 horas por o bajo la supervisión de una enfermera profesional certificada (RN)
- Si está ubicada en el Estado de New York, tenga en vigencia un plan de revisión de hospitalización aplicable para todos los pacientes que cumplan al menos los estándares establecidos en la Sección 1861 (k) de la Ley Pública de Estados Unidos 89-97 (42 USCA 1395x[k])
- Esté debidamente autorizado por la agencia responsable por la autorización de dichos hospitales
- No sea, aparte de incidentalmente, un lugar de descanso, un lugar principalmente para el tratamiento de la tuberculosis, un lugar para los ancianos, un lugar para los adictos a las drogas o los alcohólicos o un lugar para atención de convalecencia, de custodia, educativa o de rehabilitación

Medicamento Necesario significa aquellos servicios que el Médico de Atención Primaria del miembro o su designado determinen que son esenciales para la salud del miembro de acuerdo con estándares profesionales aceptados en la comunidad médica de dicho médico. En caso de un desacuerdo en cuanto a la necesidad médica de un servicio particular de atención médica, el director médico hará la determinación final de si es médicamente necesario, sujeto a los procedimientos de cumplimiento de Amerigroup y a la conformidad con el Contrato de Child Health Plus.

Hospital Participante significa un hospital que tenga un acuerdo con nosotros para proveer servicios cubiertos a nuestros miembros.

Farmacia Participante significa una farmacia que tenga un acuerdo con nosotros para proveer servicios cubiertos a nuestros miembros.

Médico Participante significa un médico que tenga un acuerdo con nosotros para proveer servicios cubiertos a nuestros miembros.

Proveedor Participante significa cualquier médico, hospital, agencia de atención médica domiciliaria, laboratorio, farmacia u otra entidad participante que tenga un acuerdo con nosotros para proveer servicios cubiertos a nuestros miembros. No pagaremos por servicios médicos de un proveedor no participante excepto en una emergencia o cuando su PCP lo envíe a ese proveedor no participante (con nuestra aprobación).

Médico de Atención Primaria (PCP) significa el médico participante que usted seleccione al afiliarse, o al que se cambie después de acuerdo con nuestras reglas y que provea u organice todos sus servicios cubiertos de atención médica.

Área de Servicio significa los siguientes condados: Kings County (Brooklyn), New York (Manhattan), Queens County y Richmond County (Staten Island). Debe residir en el Área de Servicio para estar cubierto bajo este Contrato.

SECCIÓN DOS - QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

QUIÉN ESTÁ CUBIERTO BAJO ESTE CONTRATO

Usted está cubierto bajo este Contrato si cumple con todos los requisitos siguientes:

- Es menor de 19 años de edad
- No tiene otra cobertura de atención médica
- No es elegible para Medicaid
- Es residente permanente del Estado de New York y residente de nuestra Área de Servicio
- Su padre o tutor no es un empleado público con acceso a cobertura familiar de seguro de salud por parte de un plan estatal de beneficios de salud y el estado o agencia pública paga todo o parte del costo de la cobertura familiar
- Usted no es un interno de una institución pública o un paciente de una institución para enfermedades mentales

RECERTIFICACIÓN

Revisaremos su aplicación para cobertura con el fin de determinar si cumple los requisitos de elegibilidad de Child Health Plus. Usted nos debe volver a presentar periódicamente una aplicación, de modo que podamos determinar si todavía cumple los requisitos de elegibilidad. Este proceso se llama recertificación. Si más de un niño de su familia está cubierto actualmente por nosotros, la fecha de recertificación para todos los niños de su familia cubiertos por nosotros es el mes asignado al niño que tenga la fecha de recertificación más cercana antes o después del 1 de octubre de 2000. Usted debe recertificar una vez cada año a menos que otro niño de su familia aplique para cobertura con nosotros después de que usted esté cubierto. En caso de que otro niño de su familia aplique para cobertura con nosotros, entonces usted debe recertificar a todos los niños cuando ese niño aplique para cobertura. En lo sucesivo, todos los niños de su familia cubiertos por nosotros se recertificarán una vez al año en la misma fecha.

CAMBIO DE CIRCUNSTANCIAS

Debe notificarnos sobre cualquier cambio a sus ingresos, residencia o cobertura de atención médica que podrían hacerlo inelegible para este Contrato. Debe darnos esta notificación en un plazo de 60 días después del cambio. En caso de no notificarnos sobre un cambio de circunstancias, se le podría pedir que nos devuelva cualquier prima que haya sido pagada para usted.

SECCIÓN TRES - BENEFICIOS de HOSPITAL

ATENCIÓN EN UN HOSPITAL

Usted está cubierto por atención médicamente necesaria como paciente hospitalizado si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Excepto si es admitido al hospital en una emergencia o su PCP ha hecho arreglos para su admisión a un hospital no participante, el hospital debe ser un hospital participante
- Excepto en una emergencia, su admisión es autorizada por anticipado por su PCP
- Usted debe ser un paciente de cama registrado para el tratamiento adecuado de una enfermedad, lesión o condición que no pueda ser tratada de forma ambulatoria

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN CUBIERTOS

Los servicios de hospitalización cubiertos bajo este Contrato incluyen los siguientes:

- Cama y comida diaria, incluyendo dieta especial y terapia nutricional
- Servicios de enfermería para atención general, especial y crítica, pero no servicios de enfermera privada
- Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con operaciones quirúrgicas, centros de recuperación, anestesia y centros para atención intensiva o especial
- Oxígeno y otros servicios y suministros terapéuticos de inhalación
- Drogas y medicamentos que no sean experimentales
- Sueros, productos biológicos, vacunas, preparaciones intravenosas, apósitos, moldes y materiales para estudios diagnósticos
- Productos sanguíneos, excepto cuando esté disponible la participación en un programa voluntario de reemplazo de sangre
- Centros, servicios, suministros y equipos relacionados con estudios diagnósticos y el monitoreo de funciones fisiológicas, incluyendo pero no limitado a estudios y exámenes de laboratorio, patológicos, cardiográficos, endoscópicos, radiológicos y electroencefalográficos
- Centros, servicios y suministros relacionados con medicina física y terapia y rehabilitación ocupacional
- Centros, servicios y suministros y equipos relacionados con terapia de radiación y nuclear
- Centros, servicios y suministros y equipos relacionados con atención médica de emergencia
- Centros, servicios y suministros y equipos relacionados con salud mental y servicios para abuso de sustancias y abuso del alcohol
- Quimioterapia

- Terapia de radiación
- Cualquier servicio, suministro y equipo médico, quirúrgico o relacionado que sea suministrado habitualmente por el hospital, excepto hasta el grado en que estén excluidos por este Contrato

ATENCIÓN DE MATERNIDAD

Aparte de las complicaciones prenatales, pagaremos por atención en hospitalización por al menos 48 horas después del nacimiento por cualquier parto distinto a una cesárea. Pagaremos por atención en hospitalización por al menos 96 horas después de una cesárea. La cobertura de atención de maternidad incluye educación para padres, asistencia y capacitación en alimentación con el pecho o biberón y realización de evaluaciones clínicas necesarias a la madre y al recién nacido.

Tiene la opción de ser dado de baja antes de las 48 horas (96 horas para cesárea). Si elige ser dada de alta antes, pagaremos por una visita de atención domiciliaria si nos lo pide en un plazo de 48 horas después del parto (96 horas para un parto por cesárea). La visita de atención domiciliaria será brindada en un plazo de 24 horas después de su alta del hospital o su solicitud de atención domiciliaria, lo que suceda más tarde. La visita de atención domiciliaria será en adición a las visitas de atención domiciliaria cubiertas bajo la Sección Siete de este Contrato.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

- No proveeremos ningún beneficio por ningún día que esté fuera del hospital, aun por una parte del día. No proveeremos beneficios por ningún día cuando la atención en hospitalización no era médicamente necesaria.
- Los beneficios son pagados totalmente para una habitación semi-privada. Si usted está en una habitación privada de un hospital, la diferencia entre el costo de una habitación privada y una semi-privada deberá ser pagada por usted, a menos que la habitación privada sea médicamente necesaria y ordenada por su médico.
- No pagaremos por artículos no médicos tales como alquiler de televisión o cargos telefónicos.

SECCIÓN CUATRO - SERVICIOS MÉDICOS

SU PCP DEBE SUMINISTRAR, ORGANIZAR O AUTORIZAR TODOS LOS SERVICIOS MÉDICOS

Excepto en una emergencia o para ciertos servicios obstétricos y ginecológicos, usted está cubierto por los servicios médicos listados a continuación solo si su PCP suministra, organiza o autoriza los servicios. Tiene derecho a servicios médicos suministrados en uno de los siguientes lugares:

- El consultorio de su PCP
- El consultorio de otro PCP o un centro si su PCP determina que la atención de ese proveedor o centro es apropiada para el tratamiento de su condición
- El departamento de servicios ambulatorios de un hospital
- Como paciente hospitalizado, tiene derecho a servicios médicos, quirúrgicos o de anestesia

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS

Pagaremos por los siguientes servicios médicos:

Atención general médica y de especialistas, incluyendo consultas

Servicios de salud preventiva y exámenes físicos

Pagaremos por servicios de salud preventiva incluyendo:

- Visitas de bienestar infantil de conformidad con el programa de visitas establecido por la Academia Americana de Pediatría
- Educación y consejería nutricional
- Análisis auditivos
- Servicios sociales médicos
- Exámenes oftalmológicos

- Inmunizaciones de rutina de conformidad con el programa recomendado de inmunizaciones del Departamento de Salud del Estado de New York
- Análisis de tuberculina
- Exámenes odontológicos y del desarrollo
- Análisis radiológicos y de laboratorio clínico
- Examen de detección de plomo

Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades, Lesiones u Otras Condiciones

Pagaremos por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones incluyendo:

- Cirugía ambulatoria realizada en el consultorio de un proveedor o en un centro de cirugía ambulatoria, incluyendo servicios de anestesia
- Análisis de laboratorio, radiografías y otros procedimientos diagnósticos
- Diálisis renal
- Terapia de radiación
- Quimioterapia
- Inyecciones y medicamentos administrados en el consultorio de un médico
- Segunda opinión quirúrgica de un especialista certificado por la junta médica
- Segunda opinión médica proporcionada por un especialista apropiado, incluyendo uno afiliado con un centro de especialidades, cuando se haya dado un diagnóstico positivo o negativo de cáncer, o una recomendación de un curso de tratamiento de cáncer
- Pruebas audiométricas médicamente necesarias

Terapia física y ocupacional

Pagaremos por servicios de terapia física y ocupacional de corto plazo. La terapia debe ser terapia especializada y ser parte del plan de tratamiento de un médico. Los servicios deben ser provistos por un terapeuta certificado y ser de naturaleza rehabilitativa. La terapia de corto plazo no deberá exceder las 40 visitas ambulatorias por año calendario.

Terapia de Radiación, Quimioterapia y Hemodiálisis

Pagaremos por terapia de radiación y quimioterapia, incluyendo inyecciones y medicamentos suministrados al momento de la terapia. Pagaremos por servicios de hemodiálisis en su domicilio en un centro, lo que sea que consideremos apropiado.

F. Servicios Obstétricos y Ginecológicos

Pagaremos por servicios obstétricos y ginecológicos, incluyendo servicios, prenatales, durante el parto y post-parto con respecto al embarazo. No necesita la autorización de su PCP para atención relacionada con el embarazo si busca atención de un proveedor participante calificado de servicios obstétricos y ginecológicos. También puede recibir los siguientes servicios de un proveedor participante calificado de servicios obstétricos y ginecológicos sin la autorización de su PCP:

- Hasta dos exámenes anuales para atención obstétrica y ginecológica primaria y preventiva
- Atención requerida como resultado de los exámenes anuales o como resultado de una condición ginecológica aguda

Examen de Detección de Cáncer Cervical

Si usted es mujer de 18 años de edad en adelante, pagaremos por un examen de detección de cáncer cervical anual, un examen pélvico anual, prueba de Papanicolaou y evaluación del Papanicolaou.

Si usted es mujer menor de 18 años de edad y es sexualmente activa, pagaremos por un examen pélvico anual, prueba de Papanicolaou y evaluación del Papanicolaou. También pagaremos por exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual.

SECCIÓN CINCO - ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Visitas a la Sala de Emergencias de un Hospital

Pagaremos por servicios de emergencia ofrecidos en la sala de emergencias de un hospital. Puede ir a directamente a cualquier sala de emergencias para buscar atención. No tiene que llamar primero a su PCP. La atención de emergencia no está sujeta a nuestra aprobación previa.

Si acude a una sala de emergencias, usted o alguien en su nombre deben notificarnos en un plazo de 24 horas de su visita o lo más razonablemente pronto posible.

Si los servicios prestados en la sala de emergencias no fueron para tratar una condición de emergencia según lo definido en la Sección Uno, la visita a la sala de emergencias no será cubierta.

ADMISIONES HOSPITALARIAS DE EMERGENCIA

Si es admitido al hospital, usted o alguien en su nombre deben notificarnos en un plazo de 24 horas de su admisión o lo más razonablemente pronto posible. Si es admitido a un hospital no participante, tal vez pidamos que sea trasladado a un hospital participante tan pronto como lo permita su condición.

SECCIÓN SEIS - SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS

SERVICIOS EN HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS

Pagaremos por servicios de salud mental en hospitalización y servicios por trastornos por el uso de sustancias en hospitalización cuando sean brindados en un centro que sea uno de los siguientes:

- Operado por la Oficina de Salud Mental bajo la sección 7.17 de la Ley de Higiene Mental
- Le hayan emitido un certificado de operación de conformidad con el Artículo 23 o el Artículo 31 de la Ley de Higiene Mental
- Un hospital general según lo definido en el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública

VISITAS AMBULATORIAS PARA TRATAMIENTO DE CONDICIONES DE SALUD MENTAL Y PARA TRATAMIENTO DE TRASTORNO POR EL USO DE SUSTANCIAS

Pagaremos por visitas ambulatorias para diagnosticar y tratar condiciones de salud mental y trastornos por el uso de sustancias. También pagaremos por visitas ambulatorias para sus familiares, si estas visitas están relacionadas con su salud mental o el tratamiento de trastorno por el uso de sustancias.

SECCIÓN SIETE - OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

EQUIPOS Y SUMINISTROS DIABÉTICOS

Pagaremos por los siguientes equipos y suministros para el tratamiento de la diabetes. Estos deben ser 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 New York:

- Monitores de glucosa en sangre
- Monitores de glucosa en sangre para personas con discapacidad visual
- Sistemas de administración de datos
- Tiras de prueba para monitores y lectura visual
- Tiras de prueba de orina
- Dispositivos para inyecciones
- Cartuchos para personas con discapacidad visual
- Insulina
- Jeringas
- Bombas de insulina y accesorios para las mismas
- Dispositivos de infusión de insulina

- Agentes orales
- Equipo adicional y suministros designados por el Comisionado de Salud como apropiados para el tratamiento de la diabetes

EDUCACIÓN SOBRE AUTOCONTROL DE LA DIABETES

Pagaremos por educación sobre autocontrol de la diabetes ofrecida por su PCP u otro proveedor participante.

La educación será provista al tener el diagnóstico de diabetes, un cambio significativo en su condición, el inicio de una condición que haga necesarios cambios en el autocontrol o cuando determinemos que la re-educación es médicamente necesaria. También pagaremos por visitas domiciliarias si son médicamente necesarias.

EQUIPO MÉDICO DURADERO, APARATOS PROTÉSICOS Y DISPOSITIVOS ORTÓTICOS

Equipo médico duradero

Pagaremos por dispositivos y equipos ordenados por un proveedor participante, incluyendo el servicio a los equipos, para el tratamiento de una condición médica específica. El equipo médico duradero cubierto incluye:

- Bastones
- Muletas
- Camas de hospital y accesorios
- Oxígeno y suministros de oxígeno
- Almohadillas de compresión
- Ventiladores de volumen
- Ventiladores terapéuticos
- Nebulizadores y otros equipos para atención respiratoria
- Equipo de tracción
- Caminadores, sillas de ruedas y accesorios
- Sillas para inodoro y barandas para inodoro
- Monitores de apnea
- Elevadores para pacientes
- Bombas de infusión para nutrición
- Bombas de infusión ambulatorias

Aparatos protésicos

Pagaremos por aparatos y dispositivos ordenados por un profesional calificado que reemplacen cualquier parte faltante del cuerpo, excepto que no hay cobertura para prótesis craneales (ejemplo: pelucas).

Además, las prótesis dentales están excluidas de la cobertura bajo esta sección, excepto aquellas que sean necesarias debido a una lesión accidental de dientes naturales sanos y proporcionados en un plazo de 12 meses desde el accidente y/o necesarias en el tratamiento de una anomalía congénita o como parte de cirugía reconstructiva.

Dispositivos ortóticos

Pagaremos por dispositivos usados para soportar un miembro débil o deformado o para restringir o eliminar movimiento en una parte del cuerpo enferma o lesionada. No hay cobertura para dispositivos ortóticos que sean recetados únicamente para uso durante deportes.

MEDICAMENTOS RECETADOS Y DE VENTA LIBRE

Alcance De La cobertura

Pagaremos por medicamentos aprobados por la FDA que requieran una receta. Pagaremos por medicamentos de venta libre que sean autorizados por un profesional certificado para recetar y que aparezcan en el formulario de medicamentos de Medicaid. También pagaremos por fórmulas enterales médicamente necesarias para el tratamiento de enfermedades específicas y por productos alimenticios modificados sólidos usados en el tratamiento ciertas enfermedades hereditarias de metabolismo de amino ácidos y ácidos orgánicos.

Farmacia participante

Solo pagaremos por medicamentos recetados y medicamentos de venta libre para uso fuera de un hospital. Excepto en una emergencia, la receta debe ser hecha por un proveedor participante y abastecida en una farmacia participante.

Exclusiones y Limitaciones

Bajo esta sección no pagaremos por lo siguiente:

- Administración o inyección de cualquier medicamento
- Reemplazo de recetas perdidas o robadas
- Medicamentos recetados usados solamente con fines cosméticos, a menos que sean médicamente necesarios
- Medicamentos experimentales o investigativos, a menos que sean recomendados por un agente externo de apelaciones
- Suplementos nutricionales tomados electivamente
- Medicamentos no aprobados por la FDA, excepto medicamentos recetados aprobados por la FDA para el tratamiento del cáncer cuando el medicamento sea recetado para un tipo de cáncer distinto al tipo para el cual se obtuvo 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:
 - AMA Drug Evaluations
 - American Hospital Formulary Service
 - Información de Medicamento de la Farmacopea Estadounidense
 - Un artículo sobre un estudio o un comentario editorial en una importante publicación profesional revisada por colegas
- Dispositivos y suministros de cualquier clase, excepto dispositivos contraceptivos o para planificación familiar, termómetros basales, condones masculinos y femeninos y diafragmas
- Medicamentos y productos biológicos y la administración de estos medicamentos y productos biológicos que sean suministrados con el fin de causar o ayudar en la muerte, suicidio, eutanasia homicidio piadoso de una persona
- Medicamentos recetados usados con el fin de tratar la disfunción eréctil

ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

Pagaremos por hasta 40 visitas por año calendario para atención médica domiciliaria provista por una agencia certificada de salud domiciliaria que sea un proveedor participante. Pagaremos por atención médica domiciliaria solo si usted tuviese que ser admitido a un hospital si no se proporcionara atención domiciliaria.

La atención domiciliaria incluye uno o más de los siguientes servicios:

- Atención de enfermería a domicilio de tiempo parcial o intermitente por o bajo la supervisión de una enfermera profesional certificada
- Servicios de auxiliar de salud a domicilio de tiempo parcial o intermitentes que consistan principalmente de cuidados para el paciente

- Terapia física, ocupacional o del habla si es provista por una agencia de salud domiciliaria; y suministros médicos, medicamentos y medicaciones recetadas por un médico o servicios de laboratorio por o a nombre de una agencia certificada de salud domiciliaria hasta el grado que dichos artículos hubieran estado cubiertos si la persona cubierta estaba en un hospital

ANÁLISIS DE PREAMISIÓN

Pagaremos por análisis de preadmisión cuando sean realizados en el hospital donde está programada la cirugía si:

- Si se han hecho reservaciones por una cama de hospital y una sala de operaciones en ese hospital antes de realizar los análisis
- Su médico ha ordenado los análisis
- La cirugía se realiza en un plazo de siete días de dichos análisis de preadmisión

Si la cirugía es cancelada debido a los hallazgos de los análisis de preadmisión, aun cubriremos el costo de estos análisis.

HABLA Y ESCUCHA

Pagaremos por servicios de habla y escucha, incluyendo prótesis auditivas, baterías y reparaciones para prótesis auditivas. Estos servicios incluyen un examen auditivo por año para determinar la necesidad de acciones correctivas. La terapia del habla requerida para una condición influenciada por una mejora clínica significativa dentro de un periodo de dos meses, comenzando con el primer día de terapia, será cubierta cuando sea realizada por un audiólogo, patólogo del lenguaje, un terapeuta del habla y/o un otorrinolaringólogo.

TRANSPORTE

Pagaremos por servicios de ambulancia para servicios de pre-hospitalización, incluyendo evaluación rápida y tratamiento de una condición de emergencia.

Los servicios de evaluación y tratamiento deben ser para una condición de emergencia definida como condición médica o conductual, cuyo inicio sea repentino, que se manifieste por síntomas de gravedad suficiente, incluyendo dolor agudo, que una persona común, que posea un conocimiento promedio de medicina y salud, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata produzca cualquiera de los siguientes:

- Poner la salud de la persona afligida con dicha condición en riesgo grave
- Deficiencia grave de las funciones corporales de dicha persona
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal de dicha persona
- Desfiguración grave de dicha persona

La cobertura para transporte de emergencia está basada en si una persona común y prudente, que posea un conocimiento promedio de medicina y salud, podría esperar que la ausencia de dicho transporte resulte en una de las siguientes situaciones:

- Poner la salud de la persona afligida con dicha condición en riesgo grave
- Deficiencia grave de las funciones corporales de dicha persona
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal de dicha persona
- Desfiguración grave de dicha persona

No pagaremos por transporte aéreo o servicio de ambulancia para condiciones no médicas o no conductuales.

SECCIÓN OCHO - ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA DE EMERGENCIA, PREVENTIVA Y DE RUTINA

Pagaremos por atención oftalmológica de emergencia, preventiva o de rutina. No necesita la autorización de su PCP para atención oftalmológica cubierta si busca atención de un proveedor participante calificado de servicios de atención oftalmológica.

EXÁMENES OFTALMOLÓGICOS

Pagaremos por exámenes oftalmológicos con el fin de determinar la necesidad de lentes correctivos, y de ser necesario, para proveer una receta para lentes correctivos. Pagaremos por un examen oftalmológico en cualquier periodo de 12 meses, a menos que se requieran con mayor frecuencia con la documentación apropiada. El examen oftalmológico puede incluir, pero no está limitado a:

- Historial del caso
- Examen externo del ojo o examen interno del ojo
- Examen oftalmológico
- Determinación de estado refractivo
- Distancia binocular
- Análisis tonométricos para glaucoma
- Análisis de campos visuales brutos y visión de colores
- Resumen de hallazgos y recomendación para lentes correctivos

LENTE RECETADOS

Pagaremos por lentes recetados estándares de calidad una vez en cualquier periodo de 12 meses, a menos que se requieran con mayor frecuencia con la documentación apropiada. Los lentes recetados deben ser elaborados ya sea con vidrio o plástico.

MARCOS

Pagaremos por marcos estándares adecuados para soportar lentes en cualquier periodo de 12 meses, a menos que se requieran con mayor frecuencia con la documentación apropiada. Si es médicamente justificado, serán cubiertas más de un par de gafas.

LENTE DE CONTACTO

Pagaremos por lentes de contacto solo cuando se consideren médicamente necesarios.

SECCIÓN NUEVE - ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Pagaremos por los servicios de atención odontológica establecidos en este Contrato cuando busque atención de un proveedor certificado participante de servicios odontológicos.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA

Pagaremos por atención odontológica de emergencia, la cual incluye tratamiento de emergencia requerido para aliviar dolor y sufrimiento ocasionados por enfermedad o trauma odontológico.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVENTIVA

Pagaremos por atención odontológica preventiva, la cual incluye procedimientos que ayudan a evitar la aparición de enfermedades orales, incluyendo:

- Profilaxis (raspado y pulimento de dientes en intervalos de 6 meses)
- Aplicación tópica de fluoruro en intervalos de 6 meses donde el suministro local de agua no esté fluoridado
- Selladores sobre molares permanentes no restaurados

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE RUTINA

Pagaremos por atención odontológica de rutina, incluyendo:

- Exámenes odontológicos, visitas y consultas cubiertas una vez dentro de un periodo de 6 meses consecutivos (al salir los dientes primarios)
- Radiografías de toda la boca en intervalos de 36 meses de ser necesarias, radiografías con alas de mordida en intervalos de 6 a 12 meses, o radiografías panorámicas en intervalos de 36 meses de ser necesarias, y otras radiografías según la necesidad (una vez salgan los dientes primarios)
- Todos los procedimientos necesarios para extracciones simples y otra cirugía odontológica de rutina que no requiera hospitalización, incluyendo atención preoperatoria y postoperatoria
- Sedación consciente en el consultorio
- Amalgamas, restauraciones de compuestos y coronas de acero inoxidable
- Otros materiales restaurativos apropiados para niños

ENDODONCIA

Pagaremos por servicios de endodoncia, incluyendo todos los procedimientos necesarios para el tratamiento de cámara pulpar y canales pulpares afectados, donde no se requiera hospitalización.

PERIODONCIA

Pagaremos por servicios periodontales, excepto por servicios en anticipación de, o conducentes a, ortodoncia.

PROSTODONCIA

Pagaremos por servicios de prostodoncia de la siguiente manera:

- Dentaduras removibles completas o parciales, incluyendo 6 meses de atención de seguimiento. Los servicios adicionales incluyen inserción de identificación de dientes flojos, reparaciones, rellenos y amalgamas y tratamiento de paladar hendido.
- Los puentes fijos no están cubiertos a menos que se requieran:
 - Para reemplazo de un solo diente superior anterior (colmillo o cúspide central/lateral) en un paciente con a parte de eso un complemento total de dientes naturales, funcionales y/o restaurados
 - Para estabilización de paladar hendido
 - Debido a la presencia de cualquier condición neurológica o fisiológica que podría impedir la colocación de una prótesis removible, según lo demostrado por documentación médica
- Los retenedores de espacio unilaterales o bilaterales están cubiertos para colocación en una dentadura restaurada transitoria y/o mixta para mantener espacio para dientes permanentes en desarrollo normal.

SECCIÓN DIEZ - INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE CÓMO FUNCIONA ESTE PLAN

CUANDO NECESITE ACUDIR A UN ESPECIALISTA O IR A UN CENTRO PARA ANÁLISIS

Podría ser necesario que usted acuda a un especialista de Amerigroup o vaya a un centro para análisis, tales como análisis de sangre o radiografías. Su PCP lo remitirá, según se necesite, a estos servicios especializados. Todas las remisiones a un especialista deben ser autorizadas y arregladas por su PCP por anticipado. Si su PCP lo remite a otro proveedor, pagaremos por su atención.

Su PCP le dará un formulario de remisión por escrito. DEBE llevar este formulario de remisión a su cita con el especialista. El tiempo que la remisión esté en efecto depende de sus necesidades médicas y será determinado tanto por su PCP como por el especialista. Para algunos servicios, tales como atención prenatal y ginecológica, no necesita una remisión para ver a un proveedor de la red. Si tiene preguntas sobre cuándo necesita una remisión, puede preguntar a su PCP.

Si tiene una necesidad médica que no puede ser satisfecha por un proveedor participante de Amerigroup, hable con su PCP. Usted o su PCP en su nombre deberán pedir aprobación para ser remitido a un especialista fuera de Amerigroup. La solicitud para la aprobación de cobertura de un tratamiento o servicio, incluyendo una solicitud para una remisión de un servicio no cubierto, se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Refiérase a la sección de Solicitudes de Autorización de Servicio en la página 20 para detalles.

Cualquier decisión para denegar la cobertura de una **solicitud de autorización de servicio** o para aprobarla por un monto que sea menor al solicitado se conoce como una **acción**. Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su atención, hay pasos que puede tomar. Refiérase a la sección de Apelaciones de Autorización de Servicio (Apelaciones de Acción) en la página 22 para detalles.

CUANDO NECESITE APROBACIÓN DE AMERIGROUP PARA SERVICIOS

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita obtener aprobación de cobertura antes de recibirlos o con el fin de poder seguir recibéndolos. Esto se llama **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza puede pedir esto. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de que usted los reciba:

- La mayor parte de las cirugías ambulatorias
- Quimioterapia
- Diálisis
- Equipos médicos duraderos
- Análisis genéticos
- Evaluación y terapia de la hormona del crecimiento
- Prótesis auditivas
- Atención domiciliaria
- Oxigenoterapia hiperbárica
- Admisión para hospitalización
- Litotricia
- Ambulancia no de emergencia
- Servicios obstétricos (excepto servicios de planificación familiar)
- Equipo de oxígeno – terapia respiratoria
- Prótesis y ortótica
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Evaluación de trasplante

También necesitará obtener autorización previa si está recibiendo uno de estos servicios ahora y necesita continuar o recibir más de la atención. Esto se conoce como **revisión concurrente**.

La solicitud para la aprobación de cobertura de un tratamiento o servicio, incluyendo una solicitud para una remisión de un servicio no cubierto, se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Con el fin de obtener aprobación para estos tratamientos o servicios, usted o su médico pueden llamar al departamento de Administración Médica de Amerigroup al 1-800-454-3730. De ser necesario, su médico puede llamar para una aprobación después de horas laborales y fines de semana llamando a este número. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al departamento de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441.

CUÁNDO PUEDE UN ESPECIALISTA SER SU PCP

Si tiene una afección o enfermedad terminal o una afección o enfermedad degenerativa o discapacitante, puede pedir que un especialista que sea un proveedor participante sea su PCP. Consultaremos con el especialista y su PCP y decidiremos si sería apropiado que el especialista actúe como tal.

REMISIÓN PERMANENTE A UN ESPECIALISTA DE LA RED

Si necesita atención especializada continua, puede recibir una remisión permanente a un especialista que sea un proveedor participante. Esto significa que no tendrá que obtener una nueva remisión de su PCP cada vez que tenga que ir a ese especialista. Consultaremos con el especialista y su PCP y decidiremos si una remisión permanente sería apropiada en su situación.

REMISIÓN PERMANENTE A UN CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Si tiene una afección o enfermedad terminal o una afección o enfermedad degenerativa o discapacitante, puede solicitar una remisión permanente a un centro de atención especializada que sea un proveedor participante. Consultaremos con su PCP, su especialista y el centro de atención especializada para decidir si dicha remisión es apropiada.

CUANDO SU PROVEEDOR ABANDONE LA RED

Si se está sometiendo a un curso de tratamiento cuando su proveedor abandona nuestra red, entonces podría continuar recibiendo atención del antiguo proveedor participante, en ciertos casos, por hasta 90 días después de finalizar el contrato del proveedor. Si está embarazada y en su segundo trimestre, tal vez podrá continuar recibiendo atención con el antiguo proveedor a través del parto y la atención postparto relacionada directamente con el parto.

Sin embargo, con el fin de que pueda continuar recibiendo atención por hasta 90 días o a través del embarazo con un antiguo proveedor participante, el proveedor debe estar de acuerdo en aceptar nuestro pago y adherirse a nuestros procedimientos y políticas, incluyendo aquellas para asegurar la calidad de la atención.

CUANDO LOS NUEVOS MIEMBROS ESTÉN EN UN CURSO DE TRATAMIENTO

Si usted está en un curso de tratamiento con un proveedor no participante cuando se afilia a nosotros, tal vez pueda recibir atención del proveedor no participante por hasta 60 días desde la fecha en que quedó cubierto bajo este Contrato. El curso de tratamiento debe ser para una enfermedad o afección terminal o una enfermedad o afección degenerativa o discapacitante. También puede continuar recibiendo atención con un proveedor no participante si está en el segundo trimestre de un embarazo cuando queda cubierta bajo este Contrato.

Tal vez pueda continuar recibiendo atención a través del parto y cualquier servicio postparto directamente relacionado con el parto.

Sin embargo, con el fin de que pueda continuar recibiendo atención por hasta 60 días o a través del embarazo, el proveedor no participante debe estar de acuerdo en aceptar nuestro pago y adherirse a nuestros procedimientos y políticas, incluyendo aquellas para asegurar la calidad de la atención.

SECCIÓN ONCE - LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

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

Atención Que No Sea Médicamente Necesaria

Usted no tiene derecho a recibir beneficios por ningún servicio, suministro, análisis o tratamiento que no sea médicamente necesario o apropiado para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad, lesión o afección (Vea las Secciones Quince y Dieciséis).

Práctica Médica Aceptada

Usted no tiene derecho a recibir servicios que no estén de conformidad con prácticas y estándares médicos y psiquiátricos aceptados en vigencia al momento del tratamiento.

Atención Que No Sea Provista, Autorizada u Organizadas por Su PCP

Excepto en caso contrario a lo establecido en este Contrato, usted tiene derecho a recibir beneficios por servicios solo cuando sean provistos, autorizados u organizados por su PCP. Si elige obtener atención que no sea provista, autorizada u organizada por su PCP, no seremos responsables por ningún costo en el que incurra.

Servicios de Hospitalización en un Asilo de Ancianos, Centro de Rehabilitación o Cualquier Otro Centro No Cubierto Expresamente por Este Contrato

Servicios Médicos Mientras Está Hospitalizado en un Asilo de Ancianos, Centro de Rehabilitación o Cualquier Otro Centro No Cubierto Expresamente por Este Contrato

Servicios Experimentales o Investigativos, A Menos Que Sean Recomendados por un Agente Externo de Apelaciones

(Vea la Sección Dieciséis).

Cirugía Cosmética

No pagaremos por cirugía cosmética, excepto cuando la cirugía reconstructiva caiga bajo una de las siguientes condiciones:

- Cuando después de cirugía resultante de un trauma, haya infección y otra enfermedad de la parte del cuerpo involucrada
- Cuando se requiera para corregir un defecto funcional resultante de enfermedad o anomalía congénita

Fertilización In Vitro, Inseminación Artificial u Otro Medio de Concepción Asistido

Servicios Privados de Enfermería

Ortodoncia

Donación Autóloga de Sangre

Servicios De Manipulación Física

No pagaremos por ningún servicio relacionado con la detección y corrección (por medios manuales o mecánicos) de:

- Desbalance estructural.
- Distorsión.
- Subluxación en el cuerpo humano con el fin de remover interferencia nerviosa y los efectos de la misma. Esta exclusión aplica cuando la interferencia nerviosa sea el resultado de o esté relacionada con distorsión, falta de alineación o subluxación de o en la columna vertebral.

Atención Podiátrica de Rutina

Otro Seguro de Salud, Beneficios de Salud y Programas Gubernamentales

Reduciremos nuestros pagos bajo este Contrato por el monto que usted es elegible para recibir por el mismo servicio bajo otro seguro de salud, planes de beneficios de salud o programas gubernamentales. Otro seguro de salud incluye cobertura por aseguradoras, Planes Blue Cross y Blue Shield o HMOs o programas similares. Planes de beneficios de salud incluyen cualquier plan autoasegurado o no asegurado tales como aquellos ofrecidos por u organizados a través de empleadores, fideicomisos, sindicatos, organizaciones de empleadores u organizaciones de beneficio del empleado. Programas gubernamentales incluyen Medicare o cualquier otro programa federal, estatal o local, excepto el Physically Handicapped Children's Program y el Early Intervention Program.

Seguro de Automóvil de No Responsabilidad

No pagaremos por ningún servicio que esté cubierto por beneficios obligatorios de automóvil de no responsabilidad. No haremos ningún pago aun si usted no reclama los beneficios a los que tiene derecho recibir bajo el seguro de automóvil de no responsabilidad.

Otras Exclusiones

No pagaremos por:

- Procedimientos de cambio de sexo
- Cuidado asistencial

Compensación De Trabajadores

No proveeremos cobertura para ningún servicio o atención para una lesión, afección o enfermedad si tiene beneficios a su disposición bajo una Ley de Compensación de Trabajadores o una legislación similar. No proveeremos beneficios aun si usted no reclama los beneficios a los que tiene derecho recibir bajo la Ley de Compensación de Trabajadores.

Ciertos Medicamentos Recetados

No pagaremos por medicamentos recetados usados para tratar disfunción eréctil.

SECCIÓN DOCE - PRIMAS POR ESTE CONTRATO

MONTO DE LAS PRIMAS

El monto de la prima para este Contrato está determinado por nosotros y es aprobado por el Superintendente de Seguros del Estado de New York.

SU CONTRIBUCIÓN PARA LA PRIMA

Según las leyes del Estado de New York, tal vez se le requiera que contribuya para el costo de su prima. Le notificaremos de la contribución requerida, de haber alguna.

PERÍODO DE GRACIA

Todas las primas para este Contrato se vencen un mes por anticipado. Sin embargo, permitiremos un periodo de gracia para el pago de todas las primas, excepto la del primer mes. Esto significa que, excepto por la prima del primer mes para cada niño, si recibimos el pago dentro del periodo de gracia, continuaremos la cobertura bajo este Contrato por todo el periodo cubierto por el pago.

Si no recibimos pago dentro del periodo de gracia, la cobertura bajo este Contrato finalizará desde el último día del mes del periodo de gracia.

ACUERDO PARA PAGAR LOS SERVICIOS SI LA PRIMA NO ES PAGADA

Usted no tiene derecho a ningún servicio por periodos para los cuales la prima no ha sido pagada. Si durante dicho periodo se reciben servicios, usted acepta pagar por los servicios recibidos.

CAMBIO EN LA PRIMA

Si debe darse un aumento o disminución en la prima o su contribución para la prima para este Contrato, le daremos al menos 30 días de notificación por escrito del cambio.

CAMBIOS EN SUS INGRESOS O EL TAMAÑO DE SU HOGAR

Puede solicitar que revisemos la contribución a su prima familiar siempre que sus ingresos o el tamaño de la familia cambien. Puede solicitar una revisión llamándonos al 1-800-600-4441 o llamando a la Línea Directa de Child Health Plus al 1-800-698-4543. En ese momento, le proporcionaremos el formulario y los requisitos de documentación necesarios para realizar la revisión. Re-evaluaremos la contribución de su prima familiar y le notificaremos los resultados en un plazo de 10 día laborales desde el recibo de la solicitud y la documentación necesaria para realizar la revisión. Si la revisión da como resultado un cambio la contribución de su prima familiar, aplicaremos ese cambio a más tardar 40 días desde el recibo de la revisión y solicitud y documentación de respaldo completas.

SECCIÓN TRECE - TERMINACIÓN DE COBERTURA

POR NO PAGO DE PRIMA

Si se le requiere que pague una prima por este Contrato, el mismo terminará al final del periodo de gracia si no recibimos su pago.

CUANDO SE MUDE FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO

Este Contrato terminará cuando usted deje de residir permanentemente en el Área de Servicio.

CUANDO YA NO CUMPLA LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Este Contrato terminará cuando ocurra uno de los siguientes:

- En el último día del mes en el cual usted cumple 19 años de edad
- La fecha en la cual usted se afilia al programa Medicaid
- La fecha en la que usted queda bajo otra cobertura de atención médica
- La fecha en que queda interno de una institución pública o un paciente de una institución para enfermedades mentales

TERMINACIÓN DEL PROGRAMA CHILD HEALTH PLUS

Este Contrato terminará automáticamente en la fecha cuando las leyes del Estado de New York, las cuales establecen el programa Child Health Plus, es terminada o cuando el Estado termine su Contrato o cuando no tengamos disponible financiamiento del Estado de New York para este programa Child Health Plus.

NUESTRA OPCIÓN PARA TERMINAR ESTE CONTRATO

Podemos terminar este Contrato en cualquier momento por uno o más de los siguientes motivos:

- Fraude en la aplicación para afiliación bajo este Contrato en el recibo de cualquier servicio.
- Tales otros motivos en archivos con el Superintendente de Seguros al momento de dicha terminación y aprobados por él o ella. Una copia de tales otros motivos le debe ser enviada.
Le daremos no menos de 30 días de notificación por escrito antes de dicha terminación.
- Suspensión de la clase de contratos a los que pertenece este Contrato con no menos de 5 meses de notificación por escrito antes de dicha terminación.
- Si usted no provee la documentación que solicitamos para recertificación.
- Si usted no provee la documentación que solicitamos en un plazo de 60 días de su fecha de afiliación o recertificación.
- Si usted aparece como elegible para Medicaid en la recertificación y no completa el proceso de aplicación para Medicaid dentro del periodo de afiliación temporal de 60 días.

SU OPCIÓN PARA TERMINAR ESTE CONTRATO

Usted puede terminar este Contrato en cualquier momento dándonos al menos notificación previa de un mes. Le reembolsaremos cualquier porción de la prima de este Contrato haya sido pagada previamente por usted.

A SU MUERTE

Este Contrato terminará automáticamente en la fecha de su muerte.

BENEFICIOS DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN

Si usted está totalmente discapacitado en la fecha de terminación de este Contrato y ha recibido servicios médicos para la enfermedad, lesión o afección que le ocasionó su discapacidad total mientras estaba cubierto bajo este Contrato, continuaremos pagando por la enfermedad, lesión o afección relacionada con la discapacidad total durante un periodo ininterrumpido de discapacidad total hasta la primera de las siguientes fechas:

- Una fecha en la cual usted ya no esté totalmente discapacitado
- Una fecha 12 meses desde la fecha de terminación de este Contrato

No pagaremos por más atención de la que hubiese recibido si su cobertura bajo este Contrato no hubiese terminado.

SECCIÓN CATORCE - DERECHO A UN NUEVO CONTRATO DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN

CUANDO CUMPLA 19 AÑOS DE EDAD

Si este contrato termina porque llega a los 19 años de edad, entonces puede comprar un nuevo contrato como suscriptor de pago directo. A petición, le enviaremos una lista de planes de salud que ofrecen contratos de suscriptor de pago directo y le ayudaremos a encontrar cobertura alternativa.

SI CHILD HEALTH PLUS FINALIZA

Si este Contrato termina porque el programa Child Health Plus finaliza, tal vez pueda comprar un nuevo contrato como suscriptor de pago directo.

CÓMO APLICAR

Usted debe aplicar ante nosotros en un plazo de 31 días después de la terminación de este Contrato y pagar la primera prima para el nuevo contrato.

SECCIÓN QUINCE – PROCEDIMIENTO DE RECLAMO Y APELACIONES DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIO

RECLAMOS

Esperamos que nuestro plan de salud lo atienda bien. Si tiene un problema, hable con su PCP o póngase en contacto con Servicios al Miembro. La mayoría de los problemas se pueden resolver de inmediato. Si tiene un problema o disputa con su atención o servicios, puede presentar un reclamo ante el plan. Los problemas que no se resuelvan inmediatamente y cualquier reclamo que venga por correo serán manejados de acuerdo con nuestro procedimiento para reclamos descrito a continuación. Puede pedirle a alguien de su confianza (tal como un familiar, amigo o representante legal) que presente el reclamo en su nombre. Si necesita ayuda debido a una discapacidad del habla o de la vista, o si necesita servicios de traducción, lo podemos ayudar. No le dificultaremos las cosas ni tomaremos ninguna acción en su contra por presentar un reclamo.

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de New York sobre su reclamo al 1-800-205-8125 o escribir a:

NYSDOH Office of Managed Care
Bureau of Managed Care Certification and Surveillance
Room 1911
Corning Tower ESP
Albany, NY 12237

También puede ponerse en contacto con el departamento de servicios sociales de su localidad con respecto a su reclamo en cualquier momento. Puede llamar al Departamento de Seguros del Estado de New York al 1-800-342-3736 si su reclamo involucra un problema de facturación.

Cómo presentar un Reclamo ante Amerigroup:

Para presentar un reclamo por teléfono, llame a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. Si nos llama después de horas laborales, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada al siguiente día laboral. Si necesitamos más información para tomar una decisión, le informaremos.

Puede escribirnos para hacernos saber su reclamo o llamar al número de Servicios al Miembro y solicitar un formulario de reclamo. Este debe ser enviado por correo a:

Amerigroup Community Care
Director of Member Services
21 Penn Plaza
360 West 31st Street, Fifth Floor
New York, NY 10001

También puede enviar el reclamo por fax al 1-212-563-7671.

Qué Pasa Después

Si no podemos resolver el problema de inmediato para reclamos recibidos por teléfono, o si recibimos su reclamo por escrito, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días laborales. La carta le informará:

- Quién está trabajando en su reclamo
- Cómo ponerse en contacto con esta persona
- Si necesitamos más información

Su reclamo será revisado por una o más personas calificadas. Si su reclamo involucra asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de atención médica calificados.

Después que revisamos su reclamo:

- Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 45 días después de tener toda la información que necesitamos para responder a su reclamo, pero tendrá noticias nuestras en un plazo no mayor a 60 días después de la fecha en que recibimos su reclamo. Le escribiremos para informarle las razones de nuestra decisión.
- Cuando una demora podría poner en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 48 horas después de tener toda la información que necesitamos para responder a su reclamo, pero tendrá noticias nuestras en un plazo no mayor a 7 días después de la fecha en que recibimos su reclamo. Trataremos de comunicarnos con usted por teléfono para informarle nuestra decisión. Recibirá una carta para dar seguimiento a nuestra comunicación en 3 días laborales.
- Se le informará cómo apelar la decisión si no está satisfecho e incluiremos cualquier formulario que pueda necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su reclamo debido a que no tenemos suficiente información, le enviaremos una carta para informarle.

También puede presentar un reclamo en cualquier momento llamando al Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-206-8125 o por escrito a NYS Department of Health, Bureau of Certification and Surveillance, Corning Tower, Albany, NY 12237.

APELACIONES DE DECISIONES DE RECLAMO

Si no está satisfecho con lo que decidimos, tiene por lo menos 60 días laborales después de tener noticias nuestras para presentar una apelación. Puede hacer esto por sí mismo o pedir a alguien de su confianza que presente la apelación en su nombre. La apelación debe ser por escrito. Si nos llama para apelar su reclamo, le enviaremos un formulario que es un resumen de su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro

resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede hacer cualquier cambio necesario antes de enviarnos el formulario de vuelta. Necesitamos tener este resumen escrito antes de que podamos examinar su apelación.

Después que recibamos su apelación de reclamo, le enviaremos una carta en un plazo de 15 días laborales. La carta le informará:

- Quién está trabajando en su apelación
- Cómo ponerse en contacto con esa persona
- Si necesitamos más información

Su apelación de reclamo será decidida por una o más personas calificadas en un nivel más alto que el de aquellos que tomaron la primera decisión sobre su reclamo. Si su apelación de reclamo involucra asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de atención médica calificados, con al menos un revisor clínico colega, que no estaban involucrados en la toma de la primera decisión sobre su reclamo.

Si tenemos toda la información que necesitamos, sabrá nuestra decisión en 30 días laborales. Si una demora podría poner en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión en 2 días hábiles después que tenemos toda la información que necesitamos para decidir la apelación.

Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestro razonamiento clínico, si aplica. Si todavía no está satisfecho, usted o alguien en su nombre puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

VERIFICACIÓN DE NUESTRAS DECISIONES: SOLICITUDES DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIO

El plan de salud tiene un equipo de Administración Médica para asegurarse de que usted reciba los servicios que acordamos cubrir cuando pida una autorización de servicio. En la junta de revisión hay médicos y enfermeras. Su trabajo es asegurar que el tratamiento que solicitó esté cubierto (médicamente necesario y permitido bajo su plan). Esto lo hacen comparando su plan de tratamiento con estándares médicamente aceptables.

Cualquier decisión para denegar la cobertura de una solicitud de autorización de servicio o para aprobarla por un monto que sea menor al solicitado se conoce como una **acción**. Estas decisiones serán tomadas por un profesional de atención médica calificado. Si decidimos que la cobertura del servicio solicitado no es médicamente necesaria, la decisión será tomada por un revisor clínico colega, quien podrá ser un médico o un profesional de atención médica que típicamente proporciona la atención que usted solicitó. Puede solicitar el nombre de los estándares médicos específicos, conocidos como **criterios de revisión clínica**, usados para tomar la decisión de acciones relacionadas con necesidades médicas.

Cuando recibamos su solicitud de autorización de servicio, la revisaremos bajo un proceso **estándar** o **acelerado**. Usted o su médico pueden pedir una revisión acelerada si piensan que una demora ocasionará un grave daño a su salud. Si su solicitud para una revisión acelerada es denegada, le informaremos y su caso será manejado de acuerdo con el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud lo más rápido que su condición médica lo requiera pero no después de lo mencionado a continuación.

Le informaremos a usted y a su proveedor tanto por teléfono como por escrito si su solicitud es aprobada o denegada. También le informaremos el motivo de la decisión. Le explicaremos las opciones para apelaciones que tendrá si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Estos son lo periodos de tiempo para solicitudes de autorización previa:

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 3 días laborales desde cuando tengamos toda la información que necesitamos. Si no tenemos toda la información que necesitamos para revisar su solicitud, le informaremos a más tardar en 14 días después de recibir su solicitud de revisión.
- Revisión acelerada: Tomaremos una decisión y tendrá noticias nuestras en un plazo de 3 días laborales después de que recibamos toda la información que necesitamos para revisar su solicitud. Para el tercer día laboral le diremos si necesitamos más información con el fin de tomar una decisión sobre su solicitud de revisión.

Estos son los periodos de tiempo para solicitudes de revisión concurrente:

- Revisión estándar: Tomaremos una decisión en un plazo de 1 día laboral desde cuando tengamos toda la información que necesitamos. Si no tenemos toda la información que necesitamos para revisar su solicitud de revisión concurrente, le informaremos a más tardar en 14 días después de recibir sus solicitudes de revisión concurrente.
- Revisión acelerada: Tomaremos una decisión en un plazo de 1 día laboral después de que tengamos toda la información que necesitamos para tomar una decisión. Para el tercer día laboral le diremos si necesitamos más información con el fin de tomar una decisión.

Si necesitamos más información para tomar ya sea una decisión estándar o una decisión acelerada sobre su solicitud de servicio:

- Le escribiremos y diremos cuál información se necesita; si su solicitud está en una revisión acelerada, le llamaremos de inmediato y posteriormente le enviaremos una notificación escrita
- Le informaremos el motivo por el que la demora es en su propio beneficio
- Tomaremos una decisión en un plazo no mayor a 14 días después del día que le pedimos más información

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también podrán pedirnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información que proporcionar a Amerigroup para ayudarnos a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando al 1-800-600-4441 o escribiéndonos a:

Amerigroup Community Care
Director of Member Services
21 Penn Plaza
360 West 31st Street, Fifth Floor
New York, NY 10001

Usted o alguien de su confianza puede presentar un reclamo ante Amerigroup si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza también puede presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

Le notificaremos antes de la fecha que nuestro tiempo para revisión ha expirado. Si por alguna razón, no tiene noticias nuestras para esa fecha, es lo mismo que si le negáramos su solicitud de autorización de cobertura de servicio. Si no está satisfecho con esta respuesta, tiene derecho a presentar una apelación de acción ante nosotros.

APELACIONES DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIO (APELACIONES DE ACCIÓN)

Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita obtener aprobación antes de recibirlos o con el fin de poder seguir recibéndolos. Esto se llama autorización previa. La solicitud para la aprobación de cobertura de un tratamiento o servicio se conoce como una solicitud de autorización de servicio. Este proceso está descrito anteriormente en este Contrato. Cualquier decisión para denegar la cobertura de una solicitud de autorización de servicio o para aprobarla por un monto que sea menor al solicitado se conoce como una acción.

Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su atención, hay pasos que puede tomar:

Su proveedor puede solicitar reconsideración:

Si tomamos una decisión sobre su solicitud de autorización de servicio sin hablar con su médico, este podrá pedir hablar con el Director Médico de Amerigroup. El Director Médico hablará con su médico en un plazo de 1 día laboral.

Puede presentar una apelación de acción para autorización de servicio:

Si no está satisfecho con una acción que tomamos o lo que decidimos sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene 60 días laborales después de tener noticias nuestras para presentar una apelación. Puede hacer esto por sí mismo o pedir a alguien de su confianza que presente la apelación en su nombre. Puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 si necesita ayuda para presentar una apelación.

No lo trataremos en forma diferente ni actuaremos de mala manera con usted por el hecho de que presentó una apelación.

La apelación se puede hacer por teléfono o por escrito. Si hace una apelación por teléfono, debe ser seguida de una apelación por escrito.

Su apelación de acción para autorización de servicio será revisada de acuerdo con el proceso acelerado:

- Si usted o su médico piden que su apelación sea revisada según el proceso acelerado. Su médico tendrá que explicar cómo un retraso causará perjuicio a su salud. Si su solicitud acelerada es denegada, le informaremos y su apelación será revisada de acuerdo con el proceso estándar.
- Si su solicitud fue denegada cuando solicitó continuar recibiendo la atención que está recibiendo ahora o necesita extender un servicio que ha sido proporcionado.
- Si apela una denegación de servicios médicos domiciliarios después de ser dado de alta de una admisión para hospitalización, su apelación debe ser tratada como una apelación acelerada. Admisión para hospitalización significa servicios que recibió en un hospital general que provee atención de hospitalización. Esto puede incluir servicios de hospitalización en un centro de rehabilitación.

Las apelaciones aceleradas se pueden hacer por teléfono y no tienen que ser seguidas por apelaciones escritas.

¿Qué sucede después que recibimos su apelación?

En el caso de una apelación estándar, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando en su apelación. Esta carta será enviada en un plazo de 15 días desde la fecha en que Amerigroup recibe su apelación.

Las apelaciones de acción para autorización de servicio de asuntos clínicos serán decididas por profesionales de atención médica calificados quienes no tomaron la primera decisión, de los cuales por lo menos uno será un revisor clínico colega.

Las decisiones no clínicas serán manejadas por personas que trabajan en un nivel más alto que las personas que trabajaron en su primera decisión.

Antes y durante la apelación, usted o su representante pueden ver su expediente del caso, incluyendo registros médicos y cualquier otro documento y registros que se están usando para tomar una decisión sobre su caso. También puede proporcionar información que será usada para tomar la decisión. Puede proporcionar la información en persona o por escrito.

Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestro razonamiento clínico, si aplica. Si todavía no está satisfecho, cualquier derecho de apelación adicional que tenga será explicado a usted o a su representante personal. Para apelaciones adicionales, usted o alguien de su confianza puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-206-8125.

Estos son lo periodos de tiempo para apelaciones de autorización de servicio:

Apelaciones estándares: Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión en 30 días laborales después de su apelación. Se le enviará una notificación escrita sobre nuestra decisión en un plazo de 2 días laborales después que tomamos la decisión.

Apelaciones aceleradas: Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de apelación acelerada serán tomadas en un plazo de 2 días laborales después de su apelación. En de 3 días laborales después de proporcionarnos su apelación, le informaremos si necesitamos más información. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y posteriormente enviaremos una notificación escrita.

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o una decisión acelerada sobre su apelación de acción para autorización de cobertura de servicio:

- Le escribiremos y diremos cuál información se necesita, si su solicitud está en una revisión acelerada, le llamaremos de inmediato y posteriormente le enviaremos una notificación escrita
- Le informaremos el motivo por el que la demora es en su propio beneficio
- Tomaremos una decisión en un plazo no mayor a 14 días después del día que le pedimos más información

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también podrán pedirnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información que proporcionar al plan de salud para ayudarnos a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando al 1-800-600-4441 o escribiéndonos a:

Amerigroup Community Care
Director of Member Services
21 Penn Plaza
360 West 31st Street, Fifth Floor
New York, NY 10001

Usted o alguien de su confianza puede presentar un reclamo ante Amerigroup si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su apelación de acción. Usted o alguien de su confianza también puede presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de New York llamando al 1-800-206-8125.

Si no tomamos una decisión sobre su apelación, la decisión original será reversada automáticamente, lo que significa que su solicitud de autorización de servicio será aprobada.

Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su atención:

En algunos casos, podrá continuar los servicios mientras espera que se decida su caso de apelación. Podrá continuar los servicios que están programados para finalizar o ser reducidos si apela:

- En un plazo de 10 días hábiles después de haber sido informado que su solicitud de cobertura se denegó o su atención va a cambiar
- Antes de la fecha en que el cambio en los servicios está programada para ocurrir

Si su apelación resulta en otra denegación de cobertura, podrá tener que pagar por el costo de cualquier beneficio continuo que recibió.

5. OTRAS DECISIONES SOBRE SU ATENCIÓN

Algunas veces, haremos una revisión concurrente sobre la atención que está recibiendo para ver si todavía necesita cobertura para continuar la atención. Podremos también revisar otros tratamientos y servicios que ya ha recibido. Esto se conoce como revisión retrospectiva. Le informaremos si tomamos estas otras acciones.

Estos son los periodos de tiempo para notificación de otras acciones:

- En la mayoría de los casos, si tomamos una decisión para reducir, suspender o dar por terminada la cobertura de un servicio que ya hemos aprobado y que está recibiendo ahora, le debemos informar por lo menos 10 antes de que cambiemos el servicio.

- Si estamos revisando la atención que se ha brindado en el pasado, tomaremos una decisión sobre su pago, en un plazo de 30 días después de recibir la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si negamos la cobertura de pago de un servicio, le enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día en que el pago es denegado. No tendrá que pagar por ninguna atención que recibió y que estaba cubierta por el plan o por Child Health Plus aún si posteriormente denegamos el pago al proveedor.

SECCIÓN DIECISÉIS - APELACIÓN EXTERNA

ATENCIÓN INNECESARIA

En general, Amerigroup no cubrirá ningún servicio de atención médica que el plan determine que no es médicamente necesario. Sin embargo, si un Agente de Apelación Externa certificado por el Estado anula la denegación de Amerigroup, esta cubrirá el procedimiento, servicio, producto farmacéutico o equipo médico duradero para el cual ha sido denegada cobertura, hasta el grado que dicho procedimiento, tratamiento, servicio, producto farmacéutico o equipo médico duradero sea cubierto de otra forma bajo los términos de este Contrato del suscriptor. (Para información adicional sobre apelaciones externas, consulte su manual del miembro).

TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES/INVESTIGATIVOS

En general, Amerigroup no cubre tratamientos experimentales o investigativos. Sin embargo, Amerigroup cubrirá tratamiento experimental o investigativo aprobado por un Agente de Apelación Externa certificado por el Estado. Si el Agente de Apelación Externa aprueba cobertura de un tratamiento experimental o investigativo que sea parte de un ensayo clínico, Amerigroup solo cubrirá los costos de servicios requeridos para suministrarle tratamiento de acuerdo con el diseño del ensayo. Amerigroup no será responsable por los costos de medicamentos o dispositivos investigativos, los costos de servicios de atención no médica, los costos de manejo de investigación o costos que no serían cubiertos bajo el Contrato del Suscriptor para tratamientos no experimentales o no investigativos proporcionados en dicho ensayo clínico. (Para información adicional sobre apelaciones externas, consulte su manual del miembro).

Un proveedor que solicita una apelación externa de una determinación adversa concurrente no puede solicitar pago a un miembro (excepto por copagos aplicables) por servicios que el agente de apelación externa determine que no son médicamente necesarios. Esto aplica aun si el proveedor actúa como el designado del miembro.

SECCIÓN DIECISIETE - DISPOSICIONES GENERALES

NO CESIÓN

No puede ceder los beneficios de este Contrato. Cualquier cesión o intento de hacerlo es nulo. Cesión significa la transferencia a otra persona u organización de su derecho a los beneficios proporcionados por este Contrato.

ACCIÓN LEGAL

Debe llevar cualquier acción legal contra nosotros bajo este Contrato en un plazo de 12 meses desde la fecha en que rehusamos pagar por un servicio bajo este Contrato.

ENMIENDA DEL CONTRATO

Podremos cambiar este Contrato si el cambio es aprobado por el Superintendente de Seguros del Estado de New York. Le daremos al menos 30 días de notificación por escrito de cualquier cambio.

REGISTROS MÉDICOS

Aceptamos preservar la confidencialidad de sus registros médicos. Con el fin de administrar este Contrato, podría ser necesario que obtengamos sus registros médicos de hospitales, médicos u otros proveedores que lo han tratado. Cuando queda cubierto bajo este Contrato, usted nos da permiso para obtener y usar dichos registros.

QUIÉN RECIBE PAGO BAJO ESTE CONTRATO

Pagaremos a los proveedores participantes directamente por proveerle servicios. Si usted recibe servicios cubiertos de otro proveedor, nos reservamos el derecho a pagar ya sea a usted o al proveedor.

NOTIFICACIÓN

Cualquier notificación bajo este Contrato puede ser dada por correo de Estados Unidos, con porte prepago, a la siguiente dirección:

Si es para nosotros:

Amerigroup Community Care
21 Penn Plaza
360 West 31st Street, Fifth Floor
New York, NY 10001

Si es para usted:

A la última dirección proporcionada por usted en el formulario de afiliación o cambio de dirección oficial.