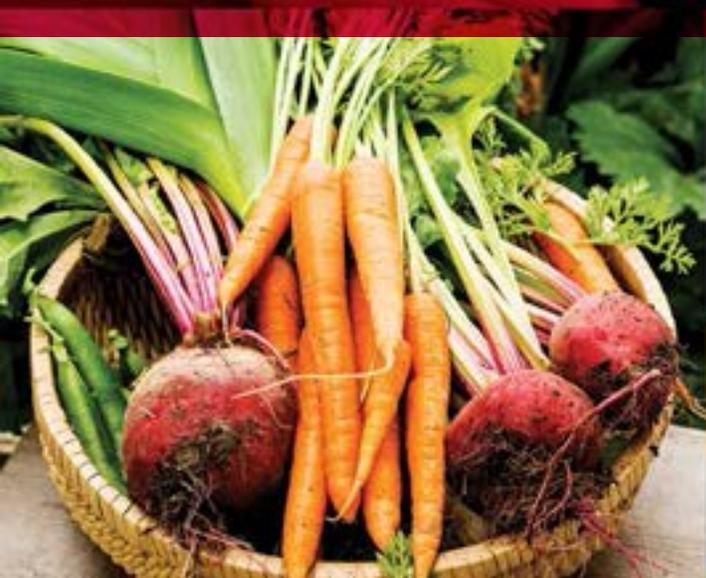




Child Health Plus  
**CONTRATO PARA EL SUBSCRIPTOR**



# Bienvenido a MVP. Bienvenido a Una Gran Atención Médica.

En este Manual de Child Health Plus encontrará toda la información que necesita para sacar el mejor provecho de sus nuevos beneficios de cuidado de salud.

Si aún no lo ha hecho, por favor llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** para que podamos llevar a cabo con usted una breve orientación telefónica para nuevos afiliados. Los usuarios del servicio de TTY pueden llamar al **1-800-662-1220**.

**Gracias por seleccionar a MVP.** Esperamos ofrecerle acceso a unos servicios de salud excelentes. Si tiene alguna pregunta sobre nuestros servicios o sus nuevos beneficios, por favor llame a nuestro Centro de Servicios a los Afiliados.

Esperamos poderle ayudar a **enfrentar la vida con entusiasmo y vivir bien.**

Atentamente,  
**Denise V. Gonick**  
*Presidente y CEO*



**Centro de Servicios a los Afiliados de MVP**

**1-800-852-7826**

Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para hablar con una persona.

**lunes-viernes**

**8:30 am-5:00 pm**



**MVP 24/7 Línea de Asesoría de Enfermería**

Contamos con una línea de asesoría de enfermería disponible las 24 horas al día y siete días a la semana que puede llamar para recibir asesoría de expertos si usted o algún miembro de su familia sufren una lesión menor o una enfermedad.

Llame al **1-800-852-7826** para hablar con una enfermera en cualquier momento.



**Visítenos en Línea**

Puede visitar MVP en cualquier momento en el sitio **[www.mvphealthcare.com](http://www.mvphealthcare.com)**.

- Busque en nuestra biblioteca de salud electrónica, Healthwise® Knowledgebase.
- Busque proveedores por nombre, especialidad o ubicación y vea quién está aceptando nuevos pacientes. Hasta puede imprimir un mapa para llegar a la oficina de su médico.
- Ordene tarjetas de identificación de afiliado o imprima una tarjeta de identificación temporaria.
- Busque farmacias participantes.
- Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.



# Números de Teléfonos Importantes

---

## Su Proveedor de Cuidado Primario

Nombre

---

Dirección

---

Teléfono

---

## Su Sala de Emergencia Más Cercana

Hospital

---

Dirección

---

Teléfono

---

## Su Centro de Cuidado Urgente Más Cercana

Centro de Cuidado Urgente

---

Dirección

---

Teléfono

---

## Farmacia Local

Farmacia

---

Dirección

---

Teléfono

---

## Otros Proveedores de Atención Médica

Nombre

---

Dirección

---

Teléfono

---

Nombre

---

Dirección

---

Teléfono

---

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP

**1-800-852-7826**

**[www.mvphealthcare.com](http://www.mvphealthcare.com)**

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP TTY  
(para los discapacitados auditivos)

**1-800-662-1220**

Línea de Asesoría de Enfermería

**1-800-852-7826**

**(TTY: 1-800-662-1220)**

CVS/caremark (Socio Farmacéutico de MVP)

**1-866-832-8077**

Healthplex (Cuidado Dental de Rutina)

**1-800-468-9868 (TTY: 1-800-662-1220)**

Superior Vision (Cuidado de la Vista de Rutina)

**1-800-879-6901**

Beacon Health Options (Servicios de Salud  
Mental y Abuso de Sustancias)

**1-800-852-7826**



# Números de Teléfonos Importantes



Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Quejas)

**1-800-206-8125**

**[www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov)**

## OFICINAS DE SERVICIOS SOCIALES CONDADO DEL NUEVA YORK

Condado de Albany	<b>518-447-7492</b>
Condado de Dutchess	<b>845-486-3000</b>
Condado de Genesee	<b>585-344-2580</b>
Condado de Jefferson	<b>315-782-9030</b>
Condado de Livingston	<b>585-243-7300</b>
Condado de Monroe	<b>585-753-6440</b>
Condado de Ontario	<b>585-396-4599</b>
Condado de Orange	<b>845-291-4000</b>
Condado de Rensselaer	<b>518-266-7911</b>
Condado de Rockland	<b>845-364-2000</b>
Condado de Saratoga	<b>518-884-4148</b>
Condado de Schenectady	<b>518-388-4470</b>
Condado de Sullivan	<b>845-292-0100</b>
Condado de Ulster	<b>845-334-5000</b>
Condado de Warren	<b>518-761-6321</b>
Condado de Westchester	<b>1-800-549-7650</b>

## NEW YORK MEDICAID CHOICE

Si usted está en el Condados de Albany, Dutchess, Genesee, Jefferson, Livingston, Monroe, Ontario, Orange, Rensselaer, Rockland, Schenectady, Sullivan, Ulster, Warren, o Westchester.

**1-800-505-5678**

**[www.nymedicaidchoice.com](http://www.nymedicaidchoice.com)**

## CHILD HEALTH PLUS LÍNEA DIRECTA

**1-800-698-4KIDS (698-4543)**



# Centros de Cuidado Urgente



## CONDADO DE ALBANY

### Community Care Urgent Care

250 Delaware Avenue  
Delmar **518-493-8077**  
711 Troy-Schenectady Road Suite 102  
Latham **518-793-3110**

### CTP Newton Medical

1662 Central Avenue  
Albany **518-869-9692**  
588 New Loudon Road  
Latham **518-785-2662**

### First Care

363 Delaware Avenue  
Delmar **518-439-9911**

### Prime Care Urgent Care

400 Patroon Creek Boulevard Suite 100  
Albany **518-445-4444**

### WorkFit Medical

1971 Western Avenue  
Albany **518-452-2597**

## CONDADO DE COLUMBIA

### Columbia Memorial Hospital Urgent Care

2827 US Route 9  
Valatie **518-758-4300**

## CONDADO DE DUTCHESS

### Emergency One

4250 Albany Post Road  
Hyde Park **845-229-2602**

### Excel Urgent Care of Fishkill

1004 Main Street  
Fishkill **845-765-2240**

### Express Pediatrics

1989 Route 52 Suite 3  
Hopewell Junction **845-897-4500**

### Health Quest Urgent Care

1110 Route 55  
Lagrangeville **845-485-4455**

### Health Quest Urgent Care

1530 Route 9  
Wappingers Falls **845-297-2511**

### Omni Medical Care

2656 South Road  
Poughkeepsie **845-471-6664**

### Pulse-MD Urgent Care

900 Route 376 Suite H  
Wappingers Falls **845-204-9260**

## CONDADO DE ERIE

### Lifetime Health Medical Group

1185 Sweet Home Road  
Amherst Health Center  
Amherst **716-656-4040**

899 Main Street  
Mosher Health Center  
Buffalo **716-656-4040**

120 Gardenville Parkway West  
West Seneca Health Center  
West Seneca **716-656-4040**

### ReddyCare Walk In Clinic

6161 Transit Road Suite 6  
East Amherst **716-688-6161**

### Western New York Immediate Care

5014 Transit Road  
Cheektowaga **716-684-2273**

2497 Delaware Avenue  
Buffalo **716-874-2273**

2099 Niagara Fall Blvd  
Amherst **716-564-2273**

3050 Orchard Park  
Buffalo **716-675-3700**

7616 Transit Road  
Williamsville **716-204-2273**

## CONDADO DE GENESEE

### Insource Urgent Care Center

35 Batavia City Centre  
Batavia **716-551-0684**

## CONDADO DE GREENE

### EMUrgentCare

11835 Route 9W  
West Coxsackie **518-731-9000**



# Centros de Cuidado Urgente



## CONDADO DE JEFFERSON

### Leray Urgent Care

26908 Independence Way Ste 100  
Evans Mills **315-629-4080**

### Med Ready Medical Group

19472 US Route 11  
Watertown **315-779-1104**

### North Country Urgent Care

21017 New York State Route 12F  
Watertown **315-782-1990**

### Quikmed Urgent Care

727 Washington Street  
Watertown **315-785-7009**

### Watertown Urgent Care

457 Gaffney Drive  
Watertown **315-779-2273**

## CONDADO DE LIVINGSTON

### Livingston Health Services

50 E South Street  
Geneseo **585-243-9595**

## CONDADO DE MONROE

### Anthony L. Jordan Health Center Urgent Care

145 Parsells Avenue  
Rochester **585-423-2816**

82 Holland Street  
Rochester **585-426-7425**

### Brockport Medical Care

6565 4th Section Rd Suite 100  
Brockport **585-637-7006**

### Eastside Medical Urgent Care

2226 Penfield Road  
Penfield **585-388-5280**

### Excel Medical Care

1300 Jefferson Road Suite 100  
Rochester **585-413-1800**

3400 Monroe Avenue  
Rochester **585-203-1056**

### Extended Medical Services

811 Ridge Road Suite 101  
Webster **585-671-4660**

## Rochester Immediate Care

2745 West Ridge Road  
Greece **585-225-5252**

2685 East Henrietta Road  
Henrietta **585-444-0058**

1065 Ridge Road  
Webster **585-872-2273**

## Lifetime Health Medical Group

800 Carter Street  
Joseph C. Wilson Center  
Rochester **585-338-1400**

1850 Brighton Henrietta TL Road  
Marion B. Folsom Center  
Rochester **585-338-1200**

470 Long Pond Road  
Greece Health Center  
Rochester **585-338-1200**

## Rochester Urgent Care

2701 Culver Road  
Rochester **585-266-4000**

## Strong Memorial Hospital Urgent Care

42 Nichols Street  
Spencerport **585-349-7094**

## Urgent Care Now

60 Barrett Drive Suite A  
Webster **585-872-1003**

## Urgent Care of Henrietta

2116 East Henrietta Road  
Rochester **585-486-4989**

## XpressCareMedical at Westside

1637 Howard Road  
Rochester **585-429-9777**

## CONDADO DE ONONDAGA

## Insource Urgent Care Center

37 West Garden Street  
Syracuse **716-551-0684**

## CONDADO DE ONTARIO

## FLH Medical Urgent Care

789 Pre Emption Road Suite 60  
Geneva **315-781-2000**

430 Clifton Springs Professional Park  
Clifton Springs **315-789-0093**



# Centros de Cuidado Urgente



## Immediate Care East

1600 Moseley Road Suite 300  
Victor **585-398-1275**

## Thompson Health Urgent Care

1160 Corporate Drive  
Farmington **585-924-1510**

### CONDADO DE ORANGE

## Crystal Run Healthcare Urgent Care

155 Crystal Run Road  
Middletown **845-703-6999**

## Emergency One

306 Windsor Highway  
New Windsor **845-787-1400**

## Excel Urgent Care of Goshen

1 Hatfield Lane  
Goshen **845-360-5530**

## Greater Hudson Valley

### Family Health Center Urgent Care

147 Lake Street  
Newburgh **845-563-8000**

## Middletown Medical

111 Maltese Drive  
Middletown **845-343-4774**

## Omni Medical Care

1400 Route 300  
Newburgh **845-566-6664**

## Orange Urgent Care

75 Crystal Run Road  
Middletown **845-703-2273**

### CONDADO DE RENSSELAER

## East Greenbush Urgent Care

2 Empire Drive  
Rensselaer **518-286-4960**

## South Troy Health and Urgent Care Center

79 Vandenburg Ave  
Troy **518-271-0063**

### CONDADO DE ROCKLAND

## Moonlight Pediatrics

27 Indian Rock Plaza Route 59  
Suffern **845-357-5437**

## PM Pediatrics

19 Spring Valley Market Place  
Spring Valley **845-371-5437**

## Walk In Medical Urgent Care

263 South Main Street  
New City **845-678-3434**

### CONDADO DE SARATOGA

## Ellis Emergent Care

103 Sitterly Road  
Clifton Park **518-579-2800**

## Malta Med Emergent Care

6 Medical Park Boulevard  
Malta **518-289-2024**

## MediCall Urgent Care Center

1Tallow Wood Drive  
Clifton Park **518-373-4444**

## Wilton Medical Arts

3040 Route 50  
Saratoga Springs **518-580-2273**

### CONDADO DE SCHENECTADY

## Community Care Urgent Care

2125 River Road Suite 104  
Schenectady **518-713-5341**

## TPB Medical Services

2727 Hamburg Street  
Schenectady **518-356-7818**

## Albany Med EmUrgentCare

115 Saratoga Road Suite 110  
Glenville **518-264-2900**

### CONDADO DE SENECA

## FLH Medical Urgent Care

369 East Main Street  
Waterloo **315-835-4900**

### CONDADO DE SULLIVAN

## Crystal Run Healthcare Urgent Care

61 Emerald Place  
Rock Hill **845-794-6999**



# Centros de Cuidado Urgente



## CONDADO DE ULSTER

### Emergency One

40 Hurley Avenue  
Kingston 845-338-5600

### EMUrgentCare

2976 Route 9W  
Saugerties 845-247-9100

### Express Pediatrics

7 Cummings Lane  
Highland 845-691-8995

## CONDADO DE WARREN

### Adirondack Urgent Care

959 Route 9  
Queensbury 518-223-0155

### Health Center on Broad Street

100 Broad Street  
Glens Falls 518-792-2223

### Warrensburg Health Center

3767 Main Street  
Warrensburg 518-623-2844

## CONDADO DE WASHINGTON

### Cambridge Urgent Care

35 Gilbert Street  
Cambridge 518-677-3163

## CONDADO DE WESTCHESTER

### Doctors Express Hartsdale

359 North Central Avenue  
Hartsdale 914-448-2273

### PM Pediatrics

620 East Boston Post Road  
Mamaroneck 914-777-5437

### Southern Westchester Urgent Care

1915-25 Central Avenue  
Yonkers 914-793-2273

### Urgent Care of Westchester

155 White Plains Road  
Tarrytown 914-372-7171

### White Plains Walk In Medical Care

10 Chester Avenue  
White Plains 914-448-1000



# Dónde Encontrar la Información que Desea



.....

<b>Contrato Para el Subscriptor de MVP Child Health Plus.....</b>	<b>1</b>
Introducción .....	3
Quién Está Cubierto .....	7
<b>Sus Beneficios .....</b>	<b>9</b>
Beneficios Hospitalarios .....	11
Servicios Médicos .....	12
Atención de Emergencia .....	14
Servicios de Salud Mental y de Desórdenes de Uso de Sustancias .....	14
Otros Servicios Cubiertos .....	15
Cuidado de la Vista .....	20
Cuidado Dental .....	21
Información Adicional y Cómo Funciona este Plan .....	22
<b>Más Información Acerca de Su Cobertura .....</b>	<b>27</b>
Primas Para Este Contrato .....	29
Terminación de la Cobertura .....	29
Derecho a un Nuevo Contrato Después de la Terminación .....	30
Revisión de la Utilización y Presentación de Reclamos .....	30
Procedimiento de Quejas y Apelaciones de Revisión de Utilización .....	32
Apelaciones Externas .....	35
Disposiciones Generales .....	37
Decisiones de Cuidado de Salud .....	39
<b>Apéndice: Información Adicional y Documentos Importantes .....</b>	<b>41</b>





**CONTRATO PARA EL SUBSCRIPTOR DE  
MVP CHILD HEALTH PLUS**





**Este es su Contrato de Child Health Plus con MVP Health Plan, Inc.** El Contrato le da derecho a los beneficios que se describen en las siguientes páginas. Este contrato continuará a menos que sea terminado por alguna de las razones descritas en el Contrato.

### **Aviso del Derecho a Examinar el Contrato Durante Diez Día**

**Usted tiene el derecho de devolver este Contrato. Examinarlo cuidadosamente.** Usted puede devolverlo y pedirnos que lo cancelemos. Su petición debe hacerse por escrito dentro un plazo de 10 días después de la fecha en la cual recibió este Contrato. Le devolveremos cualquier pago que se deba. Si usted devuelve este contrato, no le otorgaremos ningún beneficio.

### **Aviso Importante**

Salvo que se indique lo contrario en este documento, para recibir los beneficios descritos en este Contrato, todos los servicios deben ser proveídos, arreglados o autorizados por su Proveedor de Cuidado Primario (PCP por sus siglas en inglés) de MVP o proveído por Proveedores Participantes de MVP luego de obtener una remisión de parte de su PCP. En algunos casos, MVP también debe dar una aprobación previa por escrito. Su PCP se hará cargo de obtener la aprobación previa cuando sea requerido. Debe comunicarse con su PCP por adelantado para poder recibir beneficios excepto en casos de atención de emergencia, ciertos casos de cuidado mental, de obstetra o ginecólogo, y cuidado rutinario de visión y dental.

**Bienvenido al MVP Health Plan y Programa de Child Health Plus.** Estamos contentos que haya escogido MVP Health Plan. Queremos asegurarnos de que todo le vaya bien como un nuevo afiliado. Para conocerle mejor, nos comunicaremos con usted durante las próximas dos o tres semanas. Usted puede hacernos cualquier pregunta que tenga o recibir ayuda para hacer citas. Sin embargo, si usted necesita hablar con nosotros antes de que le llamemos, llámenos al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).

## **INTRODUCCIÓN**

### **El Programa de Child Health Plus**

Este Contrato se está emitiendo de acuerdo a un programa especial del Departamento de Salud de Nueva York (DOH por sus siglas en inglés) diseñado para proveer cobertura de seguro de salud subsidiada para aquellos niños que no tengan seguro en el estado de Nueva York. Le inscribiremos en el Programa Child Health Plus si cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por el estado de Nueva York. Luego proveeremos beneficios para los servicios cubiertos descritos en este Contrato. Usted y/o el adulto responsable, según aparezca en la solicitud, debe reportarnos cualquier cambio de estado ya sea de residencia, ingreso u otro seguro que

obtenga que pueda volverlo no elegible para participar en el programa de Child Health Plus dentro de 60 días que ocurra dicho cambio.

### **Cuidado de Salud Mediante una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO por sus siglas en inglés)**

Este Contrato provee cobertura mediante MVP. MVP es una organización de mantenimiento de salud (HMO por sus siglas en inglés). Con MVP, todos los servicios deben ser médicamente necesarios y brindados por su **Proveedor de Cuidado Primario** (PCP) o por un proveedor participante de MVP.

En algunos casos, MVP también debe dar una aprobación previa por escrito. Su PCP o el



proveedor participante de MVP harán los arreglos para obtener la aprobación previa de MVP cuando se requiera. No necesita aprobación de su PCP para el cuidado de emergencia, ciertos servicios obstétricos y ginecológicos, y cuidado de visión rutinario. Tampoco necesita la aprobación de su PCP para servicios dentales. Sin embargo, debe seleccionar un **Dentista de Cuidado Primario** (PCD por sus siglas en inglés) para servicios dentales primarios y preventivos. Su PCD le remitirá a un dentista participante si necesita servicios dentales especializados.

Además, los beneficios se proveen únicamente para el cuidado prestado por un proveedor participante de MVP excepto en una emergencia o cuando su PCP lo haya remitido por escrito y con la aprobación previa escrita de MVP a un proveedor no participante. En algunos casos, su PCP puede proveer o mandarlo a recibir servicios que no son servicios cubiertos bajo este Contrato. No proveeremos beneficios para estos servicios no cubiertos y usted será responsable de pagar los cargos del proveedor por dichos servicios.

Es su responsabilidad seleccionar un PCP de entre la lista de PCPs de Child Health Plus de MVP cuando se inscriba para esta cobertura. Puede cambiar su PCP llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826**. Si presenta su solicitud para el décimo día del mes, MVP hará el cambio efectivo a partir del primer día de ese mes. Si presenta su solicitud después del décimo día del mes, MVP hará los arreglos para que la transferencia se haga efectiva el primer día del mes siguiente a su solicitud. Al PCP que haya seleccionado se le referirá como “su PCP” a lo largo de este Contrato.

### Palabras Que Utilizamos

A lo largo de este Contrato, a MVP Health Plan, Inc. Se le referirá como “MVP”, “nosotros”, “nos”, o “nuestros”. Las palabras “usted”, “su”, o “suyo” se refieren a usted, el niño a quien se le emite este Contrato y quien es nombrado en la tarjeta de identificación.

### Definiciones

Las siguientes definiciones aplican a este Contrato:

**Beneficios** significa pagos hechos por MVP a un proveedor participante por servicios cubiertos que reciba mientras esté cubierto por este Contrato. Si requiere servicios cubiertos de un proveedor no participante, en la medida limitada permitida por este Contrato, MVP reserva el derecho de pagarle a usted o al proveedor no participante.

**El Contrato** significa este documento. Forma el acuerdo legal entre usted y nosotros. Mantenga este Contrato junto con sus documentos importantes para que le sirva como referencia.

**Servicios Cubiertos** significa los servicios que se especifican en este Contrato como elegibles para Beneficios. MVP mantiene protocolos para asistir en la determinación sobre si algún servicio es un servicio cubierto. Puede solicitar una copia de cualquiera de los protocolos que se hayan usado en su caso llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).

**Servicios de Custodia** significa ayuda para trasladarse, comer, vestirse, bañarse, usar los servicios, y otro tipo tal de servicios relacionados.

**Condición de Emergencia** significa una condición médica o de comportamiento, cuyo comienzo es repentino, que se manifiesta por síntomas de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, que una persona prudente e inexperta de conocimiento regular de medicina y salud razonablemente pudiera esperar que con la ausencia de atención médica inmediata podría resultar en:

- poner la salud de la persona afectada por tal condición en serio peligro o en el caso de una condición de comportamiento, poner la salud de tal persona u otras en serio peligro; o
- una seria discapacidad a las funciones corporales de dichas personas; o
- una seria disfunción de cualquier órgano del cuerpo o parte de tal persona; o
- un desfiguramiento de tal persona.



**Servicios de Emergencia** significa tales servicios médicos y de hospitalización médicamente necesarios para el tratamiento de una condición de emergencia.

**Servicios Experimentales o con Fines de Investigación** significa servicios que son, o:

- generalmente no aceptados por proveedores de cuidado de salud informados en los Estados Unidos como efectivos en el tratamiento de la condición, enfermedad o diagnóstico para la cual se propone su uso; o
- no han sido comprobados por la evidencia médica o científica de ser efectivos en el tratamiento de la condición, enfermedad o diagnóstico para la cual se propone su uso.

**Un Hospital** significa una instalación definida en el Artículo 29 de la Ley de Salud Pública que:

- está principalmente dedicada a proveer, mediante o bajo la supervisión permanente de médicos, servicios diagnósticos, y de terapia para el tratamiento, y diagnóstico y cuidado de una persona lesionada o enferma, a pacientes hospitalizados
- cuenta con departamentos organizados de medicina y cirugía importantes
- cuenta con el requisito que cada paciente debe estar bajo el cuidado de un médico o dentista
- provee un servicio de enfermería de 24-horas por o bajo la supervisión de una enfermera profesional registrada (RN por sus siglas en inglés)
- si está ubicado en el estado de Nueva York, cuenta con un plan de revisión de hospitalización vigente aplicable a todos los pacientes que cumple al menos los estándares que se establecen en la Sección 1861(k) de La Ley de Salud Pública de los Estados Unidos 89-97 (42 U.S.C.A. 1395x(k))
- está debidamente licenciado por la agencia responsable por conceder licencias a tales hospitales
- no es, a menos de forma incidental un lugar de reposo, un lugar primariamente para el tratamiento de la tuberculosis, un lugar para los ancianos, un lugar para los drogadictos o alcohólicos o un sitio para el cuidado

convaleciente, custodial, educativo, o de rehabilitación

**Médicamente Necesario** significa un servicio cubierto que MVP determina está recomendado por su médico de cabecera y cumple con los siguientes criterios:

- Los servicios son apropiados y consistentes con la diagnosis y el tratamiento de su condición; y
- Los servicios no son primariamente para la conveniencia suya, o de su familia o de su proveedor; y
- Los servicios son requeridos para el cuidado y tratamiento directo de su condición; y
- Los servicios se proveen de acuerdo a los estándares generales de la práctica de buena medicina, como lo demuestran informes en la literatura médica revisada por pares, reportes, y lineamientos publicados por organizaciones de cuidado de salud reconocidas a nivel nacional que incluyen datos científicos de soporte y cualquier otra información relevante traída a nuestra atención; y
- Los servicios se prestan de la manera más eficiente y económica y al nivel más económico de cuidado que se le puede proveer a usted de manera segura.

MVP usa los protocolos para ayudar en la determinación de si algún servicio médicamente fue necesario.

**Evidencia Médica o Científica** significa evidencia médica o científica de las siguientes fuentes:

- Estudios científicos revisados por pares publicados en o aceptados para publicación por revistas médicas que cumplen con los requisitos reconocidos nacionalmente para manuscritos científicos y que presentan la mayoría de sus artículos publicados para la revisión de expertos que no son parte del personal editorial.
- Literatura, compendios biomédicos y otra literatura médica revisada por pares que cumple con los criterios de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Institutos Nacionales de Salud para la indexación en el Índice Medicus, Excerpta Medicus (EMBASE),

Medline, y MEDLARS base de datos Health Services Technology Assessment Research (HSTAR).

- Revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos federal bajo la Sección 1861 (t)(2) del Acta de Seguridad Social federal.
- Los siguientes compendios de referencia: el American Hospital Formulary Service-Drug Information, el American Medical Association Drug Evaluation, el American Dental Association Accepted Dental Therapeutics, y el United States Pharmacopoeia-Drug Information.

Los hallazgos, estudios o investigaciones hechas por o bajo los auspicios de las agencias gubernamentales federales e institutos de investigación federales nacionalmente reconocidos, incluyendo la Agencia para la Política e Investigación de Cuidado de Salud y los Institutos Nacionales de Salud, Instituto Nacional del Cáncer, la Academia Nacional de las Ciencias, la Administración de Financiamiento de Cuidado de Salud y cualquier junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de Salud para fines de evaluar el valor médico de los servicios de salud; y abstractos revisados por pares aceptados para presentación en reuniones principales de la asociación médica.

**Proveedor No Participante** significa un médico, hospital, farmacia, agencia de cuidado de salud domiciliario, laboratorio u otra entidad, o practicante de cuidado de salud que no tenga un acuerdo con MVP para proveer servicios cubiertos a nuestros afiliados.

**Hospital Participante** significa un hospital que tiene un acuerdo con MVP para proveer servicios cubiertos a nuestros afiliados.

**Farmacia Participante** significa una farmacia que tiene un acuerdo con MVP para proveer servicios cubiertos a nuestros afiliados.

**Médico Participante** significa un médico que tiene un acuerdo con MVP para proveer servicios cubiertos a nuestros afiliados.

**Proveedor Participante** significa un médico participante, hospital participante, farmacia participante, o agencia de cuidado de salud domiciliaria, laboratorio u otra entidad que tiene un acuerdo con MVP para proveer servicios cubiertos a nuestros afiliados. No pagaremos por servicios de salud de parte de un proveedor no participante excepto en casos de emergencia o cuando su PCP lo remita por escrito a dicho proveedor no participante con la aprobación previa y escrita de MVP.

**Medicamento Prescrito** significa cualquier medicamento en la lista del Formulario Médico Farmacéutico de MVP para el cual se requiere una receta de acuerdo a las disposiciones de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos o cualquier medicamento sin necesidad de receta listado en el formulario médico farmacéutico de Medicaid de Nueva York como elegible para beneficios; siempre que dicho medicamento tenga la intención de ser administrado y consumido por el afiliado de MVP para quien se ha recetado; y siempre que dicho medicamento sea dispensado en una farmacia registrada de los Estados Unidos y que sea un proveedor participante de acuerdo a una receta escrita por un proveedor participante (o un proveedor no participante que haya sido aprobado previamente por MVP) que tenga la autorización legal de recetar dicho medicamento.

**Proveedor de Cuidado Primario (PCP)** significa el proveedor participante que usted selecciona cuando se inscribe, o al que se cambie más adelante de acuerdo a nuestras reglas, y que provee o hace los arreglos para sus servicios cubiertos.

**Área de Servicio** significa los siguientes condados: Albany, Dutchess, Genesee, Jefferson, Livingston, Monroe, Ontario, Orange, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Sullivan, Ulster, Warren, y Westchester en el estado de Nueva York y tales otros condados que puedan más adelante ser aprobados por el Departamento de Salud del estado de Nueva York para que MVP emita cobertura del programa Child Health Plus. Debe



residir en el área de servicio para recibir cobertura bajo este Contrato.

## QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

### Quién Está Cubierto Bajo Este Contrato

Está cubierto bajo este Contrato si cumple con **todos** los siguientes requisitos:

- Es menor de 19 años.
- No tiene otra cobertura de cuidado de salud.
- No tiene acceso a un plan de beneficio de salud estatal.
- No es elegible para Medicaid.
- Es un residente permanente del estado de Nueva York y un residente de nuestra área de servicio.
- No es un preso de una institución pública o un paciente de una institución para enfermedades mentales.

### Renovación de la Cobertura

Revisaremos su solicitud de cobertura para determinar si cumple con los requisitos de elegibilidad de Child Health Plus. Debe volver a presentar su solicitud periódicamente ante nosotros para que podamos determinar si siempre cumple con los requisitos de elegibilidad. Dicho proceso se llama **renovación**. Debe renovar su cobertura una vez por año a menos que otro niño en su familia solicite cobertura con nosotros después que usted haya recibido cobertura. Si otro niño en su familia solicita cobertura con nosotros deberá renovar a todos los niños cuando ese niño solicite cobertura. Por lo tanto, todos los niños en su familia que estén cubiertos por nosotros renovarán su cobertura una vez por año en la misma fecha. La no renovación de cobertura podrá resultar en la terminación de este Contrato.

### Cambio de Circunstanacias

Debe notificarnos por escrito de cualquier cambio en su ingreso, residencia, o cobertura de cuidado de salud que pueda volverlo inelegible para este Contrato.

Nos debe dar esta notificación dentro de 60 días de ocurrido el cambio. Si no nos notifica de este cambio de circunstancias, puede que se le solicite pagar cualquier prima que se haya pagado por usted. Si no nos notifica de forma apropiada de algún cambio de circunstancias este Contrato puede ser terminado. Si terminamos el Contrato sobre esta base, le daremos un aviso previo de 30 días por escrito.







## SUS BENEFICIOS



 **MVP**<sup>®</sup>  
HEALTH CARE



## BENEFICIOS HOSPITALARIOS

### Atención en un Hospital

Está cubierto para cuidado que sea médicamente necesario como un paciente internado en un hospital si cumple con todas las siguientes condiciones:

- Excepto en el caso que sea admitido al hospital por una emergencia o si su PCP (con la aprobación previa escrita de MVP) ha hecho los arreglos para su admisión a un hospital no participante, el hospital debe ser un hospital participante.
- Excepto en caso de emergencia, su admisión ha sido autorizada previamente por su PCP.
- Tiene que ser un paciente registrado para una cama para el tratamiento apropiado de una enfermedad, lesión o condición que no puede ser tratada a base de paciente ambulatorio.

### Servicios Cubiertos de Paciente Hospitalizado

Los servicios de paciente hospitalizado cubiertos bajo este Contrato incluyen los siguientes:

- cama y comida diaria, incluyendo una dieta especial y terapia de nutrición
- servicio de cuidado de enfermería general, especial y crítica pero no el servicio de enfermera privada
- comodidades, servicios, suministros y equipo relacionado a operaciones quirúrgicas, anestesia e instalaciones para el cuidado intensivo o especial
- oxígeno y otros servicios y suministros terapéuticos de inhalación
- fármacos y otros medicamentos que no sean experimentales o con fines de investigación
- sueros, materiales biológicos, vacunas, preparaciones intravenosas, vendajes, yesos, y materiales para estudios diagnósticos
- productos sanguíneos, excepto cuando la participación en un programa voluntario de reemplazamiento sanguíneo esté disponible
- comodidades, servicios, suministros, y equipo relacionado con estudios diagnósticos y el monitoreo de funciones fisiológicas, incluyendo pero no limitadas a estudios y exámenes de laboratorio, patología,

cardiografía, endoscópicos, radiológicos, y electroencefalográficos

- comodidades, servicios y suministros relacionados a la medicina física y terapia ocupacional y de rehabilitación
- comodidades, servicios y suministros y equipo relacionado a la terapia de radiación y nuclear
- comodidades, servicios, suministros, y equipo relacionado al cuidado médico de emergencia
- comodidades, servicios, suministros, y equipo relacionado a los servicios de salud mental, abuso de sustancias y de abuso del alcohol
- quimioterapia
- terapia de radiación
- cualquier servicio médico, quirúrgico, o relacionados, suministros y equipo que sea habitualmente suministrado por el hospital salvo en la medida que estén excluidos por este Contrato

### Atención de Maternidad

Aparte de las complicaciones perinatales, proveeremos beneficios para la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados por un período de al menos 48 horas después del nacimiento del niño en el caso de cualquier parto a menos que sea por cesárea. Proveeremos beneficios para la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados por al menos 96 horas después de una cesárea. La cobertura de atención de maternidad incluye educación de los padres, asistencia y entrenamiento en el amamantamiento o alimento por botella, y la ejecución de evaluaciones clínicas maternas que sean médicamente necesarias.

Tiene la opción de ser dada de alta antes de 48 horas (96 horas en caso de cesárea). Si opta por una dada de alta más temprana, proveeremos los beneficios para una visita de cuidado a domicilio si nos la solicita dentro de 48 horas del parto (96 horas por cesárea). La visita de cuidado a domicilio se hará dentro de 24 horas de su dada de alta del hospital o de su solicitud para atención a domicilio. La visita de cuidado a domicilio se hará además de las visitas a domicilio cubiertas



bajo la sección *Otros Servicios Cubiertos* en la página 15 de este Contrato.

### Cuidado de Mastectomía

Proveeremos beneficios para el cuidado hospitalario de un paciente hospitalizado luego de una mastectomía, disección de ganglios linfáticos o tumorectomía para el tratamiento del cáncer del seno y para complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedemas. También proveeremos beneficios para el cuidado hospitalario en relación al seguimiento de la reconstrucción del seno en el que se hizo la mastectomía y la cirugía y reconstrucción del otro seno con el fin de producir una apariencia simétrica. Su médico de cabecera, en consulta con usted, determinará el tiempo de su estadía en el hospital para estos servicios.

### Limitaciones y Exclusiones Para los Beneficios Hospitalarios

No proveeremos ningún beneficio por cualquier día que esté fuera del hospital, aunque sea por una porción del día. No proveeremos beneficios por ningún día en el que no hubo necesidad médica de hospitalización.

Los beneficios se pagan en su totalidad por una habitación semi-privada. Si ocupa una habitación privada en un hospital, la diferencia entre el costo de una habitación privada y una habitación semi-privada debe ser pagada por usted a menos que una habitación privada sea médicamente necesaria y ordenada por su médico.

No proveeremos beneficios por artículos no médicos tales como alquiler de televisión o cargos telefónicos, o por artículos que se lleve del hospital.

## SERVICIOS MÉDICOS

Su PCP debe proveer, hacer los arreglos o autorizar todos los servicios médicos. En algunos casos, MVP también debe dar una aprobación escrita.

Excepto en casos de emergencia o para ciertos servicios de obstetra y ginecología, usted está cubierto por los siguientes servicios médicos solamente si su PCP provee, hace los arreglos o

autoriza los servicios médicos y, de ser requerido, MVP ha dado su aprobación previa por escrito.

### Puede recibir servicios médicos en uno de los siguientes sitios:

- La oficina de su PCP.
- La oficina de otro proveedor participante o una instalación de un proveedor participante si su PCP determina que el cuidado de otro proveedor o instalación es médicamente necesario para el tratamiento de su condición.
- El departamento ambulatorio de un hospital participante.
- Como un paciente hospitalizado en un hospital, proveeremos beneficios para servicios médicos, quirúrgicos, y de anestesia.

### Servicios Médicos Cubiertos

Proveeremos beneficios para los siguientes servicios médicos:

**Cuidado General Médico y de Especialista,** incluyendo consultas.

**Servicios de salud preventivos y exámenes físicos,** incluyendo:

- visitas de chequeo de salud para niños de acuerdo al programa de visitas establecido por la Academia Americana de Pediatría
- la administración de inmunizaciones de rutina de acuerdo al programa de inmunizaciones recomendado por el Comité de Asesoría sobre las Prácticas de la Inmunización Las inmunizaciones deben obtenerse por medio del programa de Vacunas para Niños
- educación y consejería sobre la nutrición
- prueba de audición
- servicios sociales médicos
- examen de la vista
- prueba de tuberculina
- exámenes de laboratorio clínico y radiológico
- detección de plomo

**El Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades, Lesiones u Otras Condiciones.** Proveeremos

beneficios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones, incluyendo:

- cirugía de paciente ambulatorio realizada en el consultorio de un proveedor participante



- o en un centro quirúrgico participante, incluyendo los servicios de anestesia
- exámenes de laboratorio, radiografías, y otros procedimientos diagnósticos
- diálisis renal
- terapia de radiación
- quimioterapia
- inyecciones y medicamentos que sean proveídos por su médico y que sean administrados en el consultorio de dicho médico
- segunda opinión quirúrgica de parte de un especialista certificado por la junta médica. El especialista no debe realizar la cirugía.
- segunda opinión médica proveída por un especialista apropiado, incluyendo uno afiliado a un centro de cuidado especializado, donde se haya hecho un diagnóstico positivo o negativo de cáncer, o una recomendación de un curso de tratamiento para el cáncer
- pruebas audiométricas médicamente necesarias
- cuidado médico de paciente hospitalizado, limitado a una visita por día por proveedor participante, cuando está recibiendo servicios cubiertos en un hospital participante o una instalación participante

**Terapia Física y Ocupacional.** Proveeremos beneficios para servicios de terapia de corto plazo y ocupacional. La terapia debe ser terapia adiestrada. A corto plazo significa que, de acuerdo a los estándares profesionales generalmente aceptados, se espera que los servicios provean una mejoría clínica significativa y medible dentro de un período de tiempo razonable y médicamente predecible, sin exceder dos meses, comenzando con el primer día de terapia.

**Terapia de Radiación, Quimioterapia, y hemodiálisis.** Proveeremos beneficios para la terapia de radiación y quimioterapia, incluyendo inyecciones y medicamentos proveídos al momento de la terapia. Proveeremos beneficios para servicios de hemodiálisis en su domicilio o en una instalación médica, cualquiera que se considere apropiado.

**Los Servicios de Obstetra y Ginecología** incluyendo prenatal, parto y dada a luz así como servicios de posparto están cubiertos con

respecto al embarazo. No necesita la autorización de su PCP para el cuidado relacionado al embarazo si recurre al cuidado de parte de un proveedor participante calificado para los servicios obstétricos y ginecológicos.

También puede recibir los siguientes servicios de un participante proveedor calificado para los servicios obstétricos y ginecológicos sin la autorización de su PCP:

- hasta dos exámenes anuales para cuidado obstétrico y ginecológico primario y preventivo
- atención requerida como resultado de los exámenes anuales o como resultado de una condición ginecológica aguda

**Detección del Cáncer Cervical.** Si usted es una mujer de 18 años, proveeremos beneficios para una detección anual del cáncer cervical, un examen pélvico anual, una prueba de Papanicolaou, y evaluación de la prueba de Papanicolaou. Si usted es una mujer de menos de 18 años y sexualmente activa le proveeremos los beneficios para un examen pélvico anual, una prueba de Papanicolaou y la evaluación de la prueba de Papanicolaou. También proveeremos beneficios para la detección de enfermedades transmitidas sexualmente.

**Atención del Cáncer del Seno.** Proveeremos beneficios para servicios profesionales en relación a una mastectomía y el tratamiento de complicaciones físicas de la misma tal como linfógena, disección de ganglios linfáticos o tumorectomía para el tratamiento del cáncer del seno.

Luego de una mastectomía cubierta, también proveeremos los beneficios para todas las etapas de la reconstrucción del seno en que se realizó la mastectomía, cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica de la manera que sea determinada apropiada por su proveedor en consulta con usted. También proveeremos beneficios para una prótesis del seno requerido como resultado de la atención cubierta del cáncer del seno. El proveedor participante tendrá que rendir estos servicios.

**Servicios de Trasplante.** Proveeremos beneficios para los servicios de trasplante de órganos y médula ósea, incluyendo células madre y



trasplante de tejidos. Estos servicios deben ser obtenidos mediante la Red de Trasplante de MVP. Puede obtener una descripción de esta Red llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852- 7826** (TTY: 1-800-662-1220).

**Cirugía Bariátrica.** Proveeremos beneficios para la cirugía bariátrica únicamente cuando dicha cirugía sea médicamente necesaria y realizada en un hospital participante en la Red de Cirugía Bariátrica de MVP. Puede obtener una descripción de esta Red llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852- 7826** (TTY: 1-800-662-1220).

#### **Factor de Coagulación de la Sangre.**

Pagaremos por los productos y servicios del factor de coagulación de la sangre y otros tratamientos y servicios proveídos en relación al cuidado de la hemofilia y otras deficiencias de proteínas de coagulación de la sangre a base de paciente ambulatorio. Pagaremos por los productos y servicios del factor de coagulación de la sangre cuando la infusión se haga en un ambiente ambulatorio o en el hogar por una agencia de cuidado de salud a domicilio, por un padre o tutor legal apropiadamente entrenado de un niño o por un niño que sea capaz, en términos físicos y de desarrollo, de auto administrarse dichos productos.

## **ATENCIÓN DE EMERGENCIA**

### **Visitas a la Sala de Emergencia del Hospital.**

Proveeremos beneficios para servicios de emergencia proveídos en una sala de emergencia del hospital. Puede ir directamente a cualquier sala de emergencia a buscar atención. No es necesario que llame a su PCP primero. La atención de emergencia no está sujeta a nuestra aprobación.

Si recurre a la sala de emergencia, usted o alguien en su nombre debe notificarnos dentro de 48 horas de su visita o tan pronto como sea razonablemente posible. Si los servicios de sala de emergencia prestados no fueron para el tratamiento de una condición de emergencia como se define en la sección de *Servicios de Emergencia* en la página 5, la visita a la sala de emergencia no será cubierta.

**Admisiones de Emergencia Hospitalarias.** Si es admitido al hospital, usted o alguien en su nombre debe notificarnos dentro de 48 horas de su admisión o tan pronto como sea razonablemente posible. Si usted es admitido a un hospital no participante, es posible que requiramos que sea trasladado a un hospital participante tan pronto como su condición lo permita.

**Servicios Médicos Pre-Hospitalarios.** Esto significa la pronta evaluación y tratamiento de una condición médica de emergencia. También significa un transporte no aéreo a un hospital proveído por un servicio de ambulancia a quien se haya emitido un certificado para operar de acuerdo a la Ley de Salud Pública del estado de Nueva York sección 3005 bajo las circunstancias de que una persona prudente regular, con un conocimiento promedio de salud y medicina podría razonablemente esperar que la ausencia de dicho transporte no aéreo resultaría en:

- poner la salud de la persona afectada con dicha condición en serio peligro, o en el caso de una condición de salud mental, poner la salud de dicha persona u otras en serio peligro
- un impedimento serio a las funciones corporales de dicha persona
- una seria defunción de algún órgano corporal o parte de dicha persona
- un serio desfiguramiento a dicha persona

## **SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y DE DESÓRDENES DE USO DE SUSTANCIAS**

### **Servicios de Salud Mental y de Desórdenes de Uso de Sustancias para Pacientes Hospitalizados.**

Pagaremos por los servicios de salud mental y de desórdenes de uso de sustancias por pacientes hospitalizados cuando dichos servicios sean proveídos en una instalación que:

- sea operada por la Oficina de Salud Mental bajo la sección 7.17 de la Ley de Higiene Mental
- haya sido emitida un certificado de operación de acuerdo al Artículo 23 o el Artículo 31 de la Ley de Higiene Mental



- sea un hospital general según se define en el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública

**Visitas Para el Tratamiento de Condiciones de Salud Mental y Para el Tratamiento de Desorden de Tratamiento de Sustancias.**

Pagaremos por las visitas de pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de condiciones de salud mental y desorden de uso de sustancias. También pagaremos por visitas de paciente ambulatorio para los miembros de su familia si dichas visitas están relacionadas a su tratamiento de salud mental o desorden de uso de sustancias.

**OTROS SERVICIOS CUBIERTOS**

**Equipo y Suministros Diabéticos.** Proveremos beneficios para los siguientes equipos y suministros para el tratamiento de la diabetes cuando sea médicamente necesario y prescrito o recomendado por su PCP u otro proveedor participante legalmente autorizado para prescribir bajo el Título 8 de la Ley de Educación del estado de Nueva York:

- monitores de glucosa en la sangre
- monitores de glucosa en la sangre para las personas con discapacidad visual
- sistemas de administración de datos
- tiras reactivas para monitores y lectura visual
- tiras reactivas de orina
- material para administrar una inyección
- cartuchos para personas con discapacidad visual
- insulina
- jeringas
- bombas de insulina y accesorios a los mismos
- aparatos de infusión de insulina
- agentes orales
- equipo y suministros adicionales designados por el Comisionado de Salud como apropiados para el tratamiento de la diabetes

**Educación para la Autogestión de la Diabetes.**

Proveremos beneficios para la educación de la autogestión de la diabetes proveída por su PCP u otro proveedor participante.

La educación se proveerá al momento en que se diagnostique la diabetes, surja un importante cambio en su condición, el comienzo de una condición que haga necesario los cambios de

la autogestión o cuando la re-educación sea médicamente necesaria según lo determine MVP. Tal educación debe ser proveída en un ambiente de grupo cuando sea posible. También proveeremos beneficios para visitas al hogar con fines de educación si es médicamente necesario.

**Equipo Médico Duradero, Aparatos de Prótesis, y Dispositivos Ortopédicos**

**Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés).** Proveremos beneficios para la compra o alquiler de DME que sea médicamente necesario y ordenado y obtenido de un proveedor participante, incluyendo el mantenimiento de dicho equipo cuando no esté cubierto bajo una garantía.

DME significa dispositivos para el tratamiento de una condición médica específica. El DME debe:

- ser capaz de resistir el uso repetido durante un período de tiempo prolongado
- ser utilizado primariamente y habitualmente para fines médicos
- generalmente no ser usado en la ausencia de una enfermedad o lesión
- no ser adaptado, diseñado o creado para el uso de una persona en particular

El equipo médico duradero incluye:

- bastones
- muletas
- camas de hospital y accesorios
- oxígeno y suministros de oxígeno
- almohadillas de presión
- ventiladores de volumen
- ventiladores terapéuticos
- nebulizadores y otro equipo de cuidado respiratorio
- equipos de tracción
- andadores, silla de ruedas y accesorios
- sillas con orinal y rieles para el inodoro
- monitores de apnea
- levantadores para pacientes
- bombas de infusión de nutrición
- bombas de infusión ambulatorias

**Aparatos de Prótesis.** Proveremos beneficios para accesorios y dispositivos (incluyendo prótesis del seno luego de una mastectomía cubierta) ordenados por y obtenidos de un proveedor participante calificado que reemplace cualquier

parte faltante del cuerpo, con la excepción de que no hay ninguna cobertura para prótesis craneales (ej. pelucas). Además, las prótesis dentales están excluidas de la cobertura, excepto aquellas que se vuelvan necesarias debido a una lesión accidental a dientes naturales sanos y proveída dentro de 12 meses del accidente (esta cobertura termina si su cobertura de MVP es terminada, aunque no hayan pasado 12 meses), y/o médicamente necesaria para el tratamiento de una anomalía congénita o como parte de una cirugía reconstructiva.

**Dispositivos Ortopédicos.** Proveremos beneficios para dispositivos que se usen para dar soporte a un miembro corporal deforme o para limitar o eliminar el movimiento de una parte del cuerpo enferma o lesionada. No hay cobertura para los dispositivos ortopédicos que se prescriban solamente para el uso durante los deportes.

**Equipo y Suministros de Ostomía.** Pagaremos por el equipo y suministros de ostomía prescritos por un proveedor de cuidado de salud licenciado y legalmente autorizado para prescribir bajo el Título Ocho de la Ley de Educación del estado de Nueva York.

## Medicamentos Prescritos y Medicamentos No Prescritos

**Alcance de la Cobertura.** Pagaremos por aquellos medicamentos aprobados por la FDA que requieran una receta y que estén listados en nuestro Formulario. Pagaremos por aquellos medicamentos que no requieran receta y que son autorizados por un profesional licenciado para prescribir medicamentos y que aparezcan en el Formulario de Medicamentos de Medicaid. También pagaremos por formulas enterales que sean médicamente necesarias para el tratamiento de enfermedades específicas y por productos de comida sólida modificados utilizados en el tratamiento de ciertas enfermedades heredadas de metabolismo de ácidos aminos y ácido orgánico. La cobertura para productos de comida sólida modificados no debe exceder la cantidad de \$2,500 por año calendario.

**Farmacia Participante.** Únicamente pagaremos por medicamentos prescritos y medicamentos no prescritos para uso fuera de un hospital. Excepto en una emergencia, la receta debe ser emitida

por un proveedor participante y surtida en una farmacia participante.

## El Formulario de MVP

**Sobre el Formulario.** Los médicos, farmacéuticos, y otros profesionales de cuidado de salud de MVP evalúan los fármacos para determinar qué medicamentos con receta cubre. La lista de los medicamentos aprobados se llama el Formulario. MVP debe aprobar todo nuevo medicamento antes de que sea agregado al Formulario. Es posible que algunos medicamentos del Formulario también tengan una aprobación previa, terapia escalonada o requisitos de limitadas cantidades. Estos se enumeran en el Formulario cerca del nombre del medicamento. Si un medicamento necesita aprobación previa, vea *Cómo Obtener la Aprobación Previa de MVP* a continuación.

Medicamentos con receta que MVP no haya aprobado para recibir cobertura se llaman medicamentos no formularios y requieren aprobación previa de MVP antes de que sean cubiertos.

### Cómo Obtener la Información del Formulario.

Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** en cualquier momento para obtener una copia del Formulario o para preguntar si algún medicamento en particular:

- está listado en el Formulario
- necesita la aprobación previa de MVP
- tiene una cantidad limitada
- tiene un requisito de terapia escalonada

También se puede acceder al Formulario en el sitio at **www.mvphealthcare.com**. Seleccione *Members*, luego *Manage Prescriptions*, luego *Drug Coverage (Formularies)*, y finalmente *Commercial Formulary*.

**Cambios al Formulario.** MVP les informa a nuestros médicos cuando agregamos nuevos medicamentos al Formulario, cuando cambiamos aprobaciones previas o requisitos de terapias escalonadas o limitaciones de cantidades o cuando retiramos medicamentos previamente aprobados del Formulario. MVP también le informa a usted cuando retiramos medicamentos previamente aprobados del Formulario, sobre cambios a aprobaciones previas o requisitos de terapias escalonadas o limitaciones de



cantidades que le afectan. Recuerde que siempre puede obtener información sobre el Formulario llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220) o visitando **www.mvphealthcare.com**.

**No cubriremos medicamentos prescritos que no estén en el Formulario** a menos que el medicamento sea médicamente necesario para usted y en caso de que, a pesar de que un medicamento en el Formulario esté disponible, dicho medicamento del Formulario no haya sido efectivo en el tratamiento de su condición o le causa o se espera le cause una reacción adversa o dañina. MVP debe dar su aprobación previa a los medicamentos con receta que no estén en el Formulario.

**Obtener la aprobación previa de MVP** cuando se necesite, su médico de MVP se hará cargo de solicitarla a MVP o si está usando un médico que no es de MVP (pero el médico ha sido aprobado por MVP), usted o el médico que no es de MVP debe seguir las instrucciones listadas en la sección *Revisión de Utilización y Presentación de Reclamos* en la página 30. Si está usando un médico que no es de MVP y el médico no ha sido aprobado con anterioridad por MVP, no proveeremos la cobertura.

**Afiliados Limitados.** Si MVP determina que usted ha recibido beneficios de farmacia contraindicados, excesivos o duplicados, MVP puede restringir la manera de acceso a dichos servicios de farmacia, incluyendo limitándole a una o más farmacias de MVP, uno o más médicos con autoridad para prescribirle y/o requiriendo la aprobación previa para cambios adicionales en cuanto a su PCP.

Si MVP tiene la intención de imponer dichas restricciones, le proveeremos un aviso escrito con al menos 30 días de antelación. El aviso especificará la fecha efectiva y el alcance de las restricciones, explicará la razón por las restricciones, su derecho a presentar una queja y/o apelación y los procedimientos para presentar una queja y una apelación. Puede solicitar una copia de los protocolos de MVP referente a los servicios contraindicados, excesivos o duplicados llamando al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).

## Exclusiones y Limitaciones del Formulario de MVP

**No** proveeremos beneficios para lo siguiente:

- la administración o inyección de ningún medicamento
- el reemplazo de recetas extraviadas o robadas
- medicamentos prescritos utilizados con fines cosméticos solamente
- medicamentos experimentales o con fines de investigación a menos que sean recomendados por un agente de apelación externo
- suplementos nutricionales
- medicamentos no aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés)
- dispositivos y suministros de cualquier tipo, excepto dispositivos de planificación familiar y anticonceptivos, termómetros basales, condones masculinos y femeninos y diafragmas
- recetas médicas que requieran la mezcla de dos o más ingredientes a menos que por lo menos un ingrediente requiera una receta, sea un medicamento cubierto y el producto no exista de una forma comparable y comercialmente disponible y esté siendo utilizado para una indicación aprobada por el FDA. Tampoco cubriremos un producto agravado que sea preparado para adaptar un producto a un afiliado específico a menos que sea médicamente necesario y que MVP lo apruebe con anterioridad. Los medicamentos agravados que cuesten más de \$100 requieren aprobación previa.
- medicamentos usados en conexión a un servicio no cubierto
- un relleno de una medicina que ocurra más de un año después de que la receta le haya sido emitida inicialmente

Además, MVP **no** proveerá beneficios para medicamentos aprobados por el FDA para indicaciones que no han sido aprobadas por el FDA con la excepción de un medicamento con receta que haya sido aprobado por el FDA para el tratamiento del cáncer al momento en que el medicamento se haya recetado para un tipo de cáncer diferente al por el cual se obtuvo la aprobación del FDA. Sin embargo, el medicamento debe ser reconocido para el



tratamiento del tipo de cáncer para el que se haya prescrito por una de estas publicaciones:

- American Hospital Formulary Service Drug Information
- National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium
- Thomson Micromedex DrugDex
- Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology
- otros compendios autoritarios según identificados por el Secretario Federal de Salud y Servicios Humanos o los Centros para el Medicare y Servicios de Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) o recomendados por artículos de revisión o comentarios editoriales en una revista profesional principal de pares

### Cuidado de Salud a Domicilio

Proveeremos beneficios por hasta 40 visitas por año calendario para el cuidado de salud a domicilio proveído por una agencia certificada para el cuidado de salud a domicilio que sea un proveedor participante y solamente si los servicios son ordenados y administrados por un médico participante bajo un plan de tratamiento escrito y donde usted tendría que ser admitido a un hospital si el cuidado a domicilio no le fuera proveído.

El cuidado a domicilio incluye uno o más de los siguientes servicios:

- Cuidado de enfermera a domicilio a tiempo parcial o intermitente por o bajo la supervisión de una enfermera registrada profesional (cuatro horas de cuidado de enfermera a domicilio cuenta como una visita).
- Servicios de ayudante de salud a domicilio a tiempo parcial o intermitente que consiste principalmente en cuidado del paciente (cuatro horas de servicios de ayudante de salud a domicilio cuenta como una visita).
- Terapia física, ocupacional o del habla si es proveída por la agencia de cuidado de salud a domicilio.
- Suministros médicos, medicamentos y medicamentos recetados por un médico y servicios de laboratorio por o a nombre de una agencia de cuidado de salud a domicilio en la medida que dichos artículos hubieran sido cubiertos si usted hubiera estado en un hospital.

### Pruebas de Pre Admisión

Proveeremos beneficios para las pruebas de pre admisión cuando se realicen en el hospital donde se haya programado la cirugía si:

- las reservaciones para una cama y para una sala de operación en el hospital se hayan hecho previo a la realización de las pruebas
- su médico ha ordenado las pruebas
- la cirugía se realiza dentro de siete días de dichas pruebas de pre admisión

Si la cirugía se cancela debido a los resultados de la prueba de pre admisión, siempre proveeremos los beneficios para el costo de las pruebas.

### Habla y Audición

Proveeremos beneficios para servicios del habla y de audición, incluyendo audífonos, baterías para los audífonos, y para la reparación, repuesto y mantenimiento cuando no esté cubierto bajo garantía. Estos servicios también incluyen una prueba de audición al año para determinar la necesidad de acción correctiva. Estos deben ser prescritos por y obtenidos de un proveedor participante calificado. También proveeremos beneficios para la terapia del habla requerida para una condición enmendable a una mejoría clínica importante dentro de un período de dos meses, comenzando con el primer día de terapia cuando se lleve a cabo por un audiólogo, patólogo del lenguaje, un terapeuta del habla, y/o un otolaringólogo que sea un proveedor participante.

### Cuidado de Hospicio

Proveeremos beneficios para el cuidado de hospicio proveídos por una organización de hospicio participante y certificada de acuerdo al Artículo 40 de la Ley de Salud Pública de Nueva York conforme a un plan escrito de cuidado aprobado por MVP. Su médico de cabecera primario debe certificar que usted es un enfermo terminal con una expectativa de vida de seis meses o menos. El cuidado de hospicio incluye cinco visitas para consejería por duelo para su familia ya sea antes o después de su defunción.

Acceder a sus beneficios para el cuidado de hospicio como se describe en esta sección no le impide el acceso a otros servicios cubiertos bajo este Contrato para el tratamiento de su enfermedad.



## Desorden del Espectro Autista

Para fines de esta sección, el desorden del espectro autista significa cualquier trastorno generalizado del desarrollo definido en la más reciente edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales al momento que se presten los servicios, incluyendo el desorden autista; el desorden de Asperger; el desorden de Rett; el desorden juvenil desintegrativo; y el trastorno generalizado del desarrollo de otra manera no especificado (PDD-NOS).

Proveeremos la cobertura para los siguientes servicios cuando dichos servicios se prescriban o se ordenen por un médico licenciado o un psicólogo licenciado y sean determinados por nosotros de ser médicamente necesarios para la detección, el diagnóstico y el tratamiento del desorden del espectro autista.

**Detección y Diagnóstico.** Proveeremos cobertura para las evaluaciones, pruebas y exámenes para determinar si alguien tiene el desorden del espectro autista.

### Dispositivos de Asistencia para la Comunicación.

Cubriremos una evaluación formal de parte de un patólogo del habla y lenguaje para determinar la necesidad de un dispositivo de asistencia para la comunicación. En base a la evaluación formal proveeremos cobertura para el alquiler o compra de dispositivos de asistencia para la comunicación cuando sean ordenados o prescritos por un médico licenciado o un psicólogo licenciado para los afiliados que no puedan comunicarse por medios normales (ej. habla o escritura) cuando la evaluación indique que un dispositivo de asistencia para la comunicación posiblemente provee a un afiliado una mejor comunicación. Algunos ejemplos de los dispositivos de asistencia para la comunicación incluyen tableros de comunicación y dispositivos de generación de voz. Nuestra cobertura se limita a dispositivos dedicados; solamente cubriremos dispositivos que generalmente no sean útiles para una persona que no tenga un impedimento comunicativo.

No cubriremos artículos como, pero no limitados a, computadoras portátiles, computadoras de escritorio o computadoras tabletas. Sin embargo, cubriremos software y/o aplicaciones que habiliten a una computadora portátil, de escritorio o de

tableta para funcionar como un dispositivo para generar el habla. La instalación del programa y/o el apoyo técnico no es reembolsable por separado. Determinaremos si el dispositivo debe ser comprado o alquilado. La reparación y el repuesto de dichos dispositivos están cubiertos cuando sea necesario debido al uso y desgaste normal. La reparación y repuesto que se hace necesario debido a una pérdida o daño a causa del mal uso, mal trato o robo no está cubierta; sin embargo, cubriremos una reparación y un repuesto por cada tipo de dispositivo que sea necesario debido a problemas de comportamiento.

La cobertura se proveerá para el dispositivo más apropiado para el nivel funcional actual del afiliado. Ninguna cobertura se provee para el costo adicional del equipo o accesorios que no sean médicamente necesarios.

No proveeremos cobertura por cargos de entrega o servicio ni por mantenimiento de rutina. Se requiere la aprobación previa de dispositivos de asistencia para la comunicación. Refiérase a los procedimientos de aprobación previa en su Contrato.

**Tratamientos de Salud Mental.** Proveeremos cobertura para programas de consejería y tratamiento que sean necesarios para desarrollar, mantener o restaurar a la máxima medida práctica, el funcionamiento del individuo. Proveeremos dicha cobertura cuando ésta sea proveída por un proveedor licenciado. Proveeremos cobertura para el análisis de comportamiento aplicado cuando éste se provea por un analista de comportamiento certificado conforme a la Junta de Certificación de Analistas de Comportamiento o un individuo que sea supervisado por dicho analista de comportamiento certificado y que esté sujeto a los estándares y reglamentos promulgados por el Departamento de Servicios Financieros de Nueva York en consulta con los Departamentos de Salud y Educación de Nueva York. El análisis del comportamiento aplicado significa el diseño, implementación y evaluación de modificaciones ambientales usando estímulos conductuales y consecuencias para producir una mejoría socialmente importante en el comportamiento humano, incluyendo el uso de la observación directa, medidas y análisis funcional de la relación entre el ambiente y el comportamiento.



El programa de tratamiento debe describir metas medibles que aborden los impedimentos de condición y funcionales para los que la intervención debe ser aplicada e incluir metas de una evaluación inicial y evaluaciones interinas subsecuentes a lo largo de la duración de la intervención en términos objetivos y medibles.

Nuestra cobertura de servicios de análisis de comportamiento aplicado se limita a 680 horas por año calendario.

**Cuidado Psiquiátrico y Psicológico.** Proveeremos cobertura para servicios directos o de consulta proveídos por un psiquiatra, psicólogo o trabajador social clínico licenciado en el estado en que estén practicando.

**Cuidado Terapéutico.** Proveeremos cobertura para servicios terapéuticos necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, a la medida máxima práctica, el funcionamiento del individuo cuando dichos servicios sean proveídos por terapeutas del habla, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos y trabajadores sociales licenciados o certificados para tratar el desorden del espectro autista, y cuando los servicios proveídos de otra manera estén cubiertos bajo este Contrato. Salvo las excepciones establecidas por la ley, los servicios proveídos bajo este párrafo se incluirán en cualquier máximo de visitas agregadas aplicables a los servicios de dichos terapeutas o trabajadores sociales bajo este Contrato.

**Cuidado Farmacéutico.** Proveeremos cobertura para medicamentos recetados para tratar el desorden del espectro autista que sean prescritos por un proveedor legalmente autorizado para recetar bajo el Título Ocho de la Ley de Educación. Nuestra cobertura de dichos medicamentos recetados está sujeta a todos los términos, disposiciones y limitaciones que aplican a los beneficios de medicamentos prescritos bajo su Contrato.

No proveeremos cobertura por algún servicio o tratamiento establecido anteriormente cuando dichos servicios o tratamientos son proveídos conforme a un plan individualizado de educación bajo la Ley de Educación.

## CUIDADO DE LA VISTA

### Cuidado de la Vista de Emergencia, Preventiva y de Rutina

Pagaremos por el cuidado de la vista que sea de emergencia, preventiva y de rutina. No necesita obtener la aprobación previa de su PCP para un cuidado de emergencia o de rutina para la visión si recurre a la atención de un proveedor participante de servicios de cuidado de la vista que califique. Sí necesita la aprobación de su PCP para el cuidado de los ojos que sea médicamente necesario (no de rutina).

### Proveedor de Cuidado de la Visión

Si necesita encontrar un proveedor de cuidado de la visión, puede llamar a **Superior Vision**. MVP tiene un contrato con Superior Vision para proveer servicios cubiertos de cuidado de la visión. Puede llamar a Superior Vision al **1-800-879-6901**. Llame a este número si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos del cuidado de la visión o para ubicar a proveedores participantes de cuidado de la visión.

### Exámenes de la Vista

Proveeremos beneficios para los exámenes de la vista con el fin de determinar la necesidad de lentes correctivos, y de ser necesario, proveer una receta para lentes correctivos. Proveeremos los beneficios para un examen de la vista en cualquier período de 12 meses a menos que sea necesario con más frecuencia por razones médicas según demuestren los documentos apropiados.

El examen de la vista incluye pero no se limita a:

- historial del caso
- examen externo del ojo o un examen interno del ojo
- examen oftalmoscópico
- determinación de la condición de refracción
- distancia binocular
- pruebas de tonometría para exámenes de glaucoma
- campos visuales gruesos y pruebas de color
- resumen de hallazgos y recomendación de lentes correctivos

### Lentes Recetados

Proveeremos beneficios para lentes recetados



estándar una vez en cualquier período de 12 meses a menos que sea médicamente necesario que obtenga nuevos lentes con más frecuencia según lo demuestre la documentación apropiada. Los lentes de receta pueden ser de vidrio o de plástico.

**Marcos**

Proveeremos beneficios para marcos estándar adecuados para mantener los lentes una vez durante un período de 12 meses a menos que sea necesario por razones médicas que obtenga nuevos marcos con más frecuencia, según demuestre la documentación apropiada.

**Lentes de Contacto**

Proveeremos beneficios para lentes de contacto únicamente cuando se estime que sea médicamente necesario.

**CUIDADO DENTAL**

MVP opina que el proveerle un buen cuidado dental es importante para su salud en general. MVP tiene un contrato con **Healthplex, Inc.** para proveerle su cuidado dental. Recibirá una segunda tarjeta de identificación de Healthplex que indicará el Dentista de Cuidado Primario (PCD) que seleccionó cuando se inscribió. Para cambiar su PCD o si tiene preguntas sobre sus servicios dentales puede llamar a Healthplex al **1-800-468-9868**.

**Servicios de Cuidado Dental**

Proveeremos beneficios para servicios de cuidado dental que se establecen en este Contrato cuando sean proveídos por su PCD o por un dentista participante después de haber obtenido una remisión de su PCD. En algunos casos, MVP también tendrá que dar su aprobación escrita. Su PCD se hará cargo de conseguir esta aprobación. Debe seleccionar un PCD de entre la lista de MVP llamando al **1-800-468-9868**.

**Cuidado Dental de Emergencia**

Proveeremos los beneficios para el cuidado dental de emergencia, que incluye el tratamiento de emergencia requerido para aliviar el dolor y el

sufrimiento a causa de una enfermedad o trauma dental. No tiene que llamar a su PCD primero y el cuidado dental de emergencia no está sujeto a nuestra aprobación previa.

**Cuidado Dental Preventivo**

Proveeremos beneficios de cuidado dental preventivo que incluya los procedimientos que ayuden a prevenir la enfermedad oral, incluyendo:

- la profilaxis (raspado y pulido de los dientes cada seis meses)
- la aplicación de flúor tópico cada seis meses donde el agua local no es fluorada
- selladores en muelas permanentes no restauradas
- mantenedores de espacio unilaterales o bilaterales serán cubiertos para su colocación en un caducifolio restaurado y/o dentición mixta para mantener el espacio para un diente permanente que se esté desarrollando normalmente

**Cuidado Dental de Rutina**

Proveeremos beneficios de cuidado dental de rutina que se brinde en la oficina de un dentista participante, incluyendo:

- Exámenes dentales, visitas, y consultas cubiertas dentro de un período de seis meses consecutivos (cuando los dientes primarios erupcionan).
- Radiografías, radiografías de la boca entera a intervalos de 36 meses si es médicamente necesario, radiografías mordidas a intervalos de 6-12 meses o radiografías panorámicas a intervalos de 36 meses de ser médicamente necesarias y otras radiografías si son médicamente necesarias (una vez que los dientes erupcionen).
- Todos los procedimientos médicos necesarios para extracciones sencillas y otra cirugía dental de rutina que no requiera hospitalización, incluyendo el cuidado pre operativo y cuidado post operativo.
- sedación consciente en la oficina.
- amalgama, restauraciones compuestas y coronas de acero.
- Otros materiales restaurativos apropiados para los niños.



## Endodoncia

Proveeremos beneficios para los servicios de endodoncia médicamente necesarios, incluyendo todos los procedimientos médicamente necesarios para el tratamiento de cámaras pulpares enfermas y canales pulpares donde no se requiera de hospitalización.

## Prostodoncia

Proveeremos beneficios para servicios de prostodoncia médicamente necesarios según lo siguiente:

- Dentaduras completas o parciales que se puedan retirar incluyendo seis meses de cuidado de seguimiento.
- Servicios adicionales incluyen la identificación de dientes flojos, rellenados y amalgamas y el tratamiento del paladar hendido.

Los puentes arreglados no están cubiertos a menos que se requiera su arreglo:

- para el reemplazo de un solo anterior superior (central/incisor lateral incisor o cúspide) en un paciente con un complemento de dientes naturales/funcionales y/o restaurados
- para la estabilización de un paladar hendido
- como resultado de la presencia de alguna condición neurológica o fisiológica que impida la colocación de una prótesis desmontable, según lo demuestre la documentación médica

## Ortodoncia

Se requiere la aprobación previa para recibir la cobertura de ortodoncia e incluye procedimientos que ayudan a restaurar las estructuras orales a su salud y función y para tratar condiciones serias médicas como el paladar hendido y el labio leporino; micrognatia mandibular/ maxilar (mandíbula superior o inferior subdesarrollada); prognatismo mandibular extremo; asimetría severa (anomalías craneofaciales); anquilosis de la articulación temporo mandibular; y otras importantes displasias esqueléticas.

La ortodoncia no está cubierta si el niño no cumple con los criterios descritos anteriormente.

Los procedimientos incluyen pero no se limitan a:

- Expansión Rápida de Paladar (RPE por sus siglas en inglés)

- Colocación de partes componentes (ej. soportes, brackets, bandas)
- Tratamiento de ortodoncia
- Tratamiento de ortodoncia comprensivo (durante el cual los accesorios de ortodoncia se han colocado para el tratamiento activo y son ajustados periódicamente)
- Terapia de accesorio desmontable
- Retención de ortodoncia (la eliminación de los aparatos, la construcción y colocación de retenedores)

## Periodoncia

Cubrimos los servicios de periodoncia, incluyendo servicios de periodoncia en anticipación de, o que resulten en la ortodoncia cubierta bajo este Contrato.

## INFORMACIÓN ADICIONAL Y CÓMO FUNCIONA ESTE PLAN

### Quando un Especialista Puede Ser Su PCP

Si usted tiene una condición o enfermedad que pone en peligro su vida, o una enfermedad o condición degenerativa o que lo incapacita, usted puede pedir que un especialista que es un Proveedor de Atención Médica afiliado sea su PCP. Consultaremos con el especialista y su PCP actual, y decidirá si es apropiado que el especialista sirva en esta capacidad.

### Referido Permanente a un Especialista Dentro de la Red

Si usted necesita cuidado especializado permanente, puede recibir un **referido permanente** a un especialista que es un proveedor participante. Esto significa que no necesitará obtener un nuevo referido de su PCP cada vez que necesita ver al especialista. MVP consultará con el especialista y su PCP para determinar si un referido permanente sería apropiado en su caso.

### Referido Permanente a Centro de Cuidado Especializado

Si padece de una condición o enfermedad que ponga en peligro su vida o una condición



degenerativa o incapacitante, puede solicitar un referido permanente a un centro de cuidado especializado que sea un proveedor participante. MVP consultará con su PCP, su especialista y el centro de cuidado especializado para decidir si tal referido es apropiado.

## LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE LOS BENEFICIOS

Además de las limitaciones y exclusiones descritas en otras partes de este Contrato, tampoco proveeremos beneficios para lo siguiente:

**Cuidado que No Sea Medicamento Necesario.**

No proveeremos beneficios para algún servicio, suministro, examen, aparato, medicamento, o tratamiento que no sea medicamento necesario.

**Servicios No Cubiertos.** No proveeremos beneficios para ningún servicio que no esté listado en este Certificado como un servicio cubierto o cualquier servicio que esté relacionado a los servicios no cubiertos bajo este Certificado.

**Práctica Médica Aceptada.** No proveeremos beneficios para servicios que no estén de acuerdo con las prácticas médicas y psiquiátricas aceptadas y los estándares en efecto al momento del tratamiento. Tampoco proveeremos beneficios para servicios prestados por un proveedor sin licencia o indebidamente licenciado o por servicios fuera del alcance de la práctica del proveedor o del acuerdo de MVP.

**Cuidado que No Está Proveído, Autorizado o Arreglado por su PCP.** Salvo a como de otro modo se haya establecido en este Contrato, no proveeremos beneficios para el cuidado que no esté proveído por su PCP o por el proveedor participante luego de obtener una remisión de su PCP (y la aprobación previa de MVP cuando sea requerida). Si opta por obtener cuidado que no se provea por su PCP o por un proveedor participante luego de recibir una remisión de su PCP (y aprobado previamente por MVP, de ser requerido) MVP no será responsable de algún costo en el que usted tenga que incurrir.

Excepto a como se establece específicamente en este Contrato, no proveeremos beneficios por ningún servicio de un proveedor no participante.

**Servicios Que Comienzan Antes de Que Inicie la Cobertura.** Si está recibiendo servicios el día en que inicie su cobertura bajo este, no proveeremos beneficios por ningún servicio que reciba antes de la fecha efectiva de su cobertura o después de su fecha efectiva inclusive si el servicio está cubierto o se requiere estar cubierto bajo cualquier otro contrato, certificado, programa o plan de seguro de salud o de beneficios de salud.

Si el servicio no está cubierto y no se le requiere estar cubierto bajo ningún otro contrato, certificado, programa o plan de beneficios de salud, MVP proveerá beneficios siempre que cumpla con los términos de este Contrato. Esto significa que los servicios deben ser proveídos por su PCP o por un proveedor participante luego de obtener una remisión de su PCP (y la aprobación previa de MVP cuando sea requerida).

**Servicios Luego de la Terminación de la Cobertura.** Salvo lo dispuesto específicamente en este Contrato, no proveeremos beneficios por ningún servicio que reciba luego que haya terminado su cobertura con MVP.

**Cirugía Cosmética.** No proveeremos beneficios para la cirugía cosmética a menos que sea médicamente necesaria excepto que sí proveeremos beneficios para la cirugía reconstructiva en los siguientes casos:

- luego de una cirugía como resultado de algún trauma, infección u otras enfermedades de la parte del cuerpo involucrada
- que sea requerida para corregir un defecto funcional como resultado de una enfermedad congénita o una anomalía

**La Donación de Sangre Autóloga.**

**Aviación.** No proveeremos beneficios para cualquier enfermedad, lesión o condición que resulte directamente del viaje aéreo, excepto cuando sea un pasajero pagado en una aerolínea comercial en un vuelo programado.

**Servicios Ordenados por un Tribunal.** No proveeremos beneficios por servicios ordenados por un tribunal, por servicios requeridos como una condición de libertad condicional o por servicios administrativos ordenados, tal como por el Departamento de Vehículos de Motor (incluyendo informes médicos especiales no

directamente relacionados al tratamiento e informes preparados en relación a acciones legales), a menos que dichos servicios sean servicios cubiertos médicamente necesarios y usted cumpla con los términos de este Contrato. El cumplir con los términos de este Contrato significa que los servicios deben ser proveídos por su PCP o por un proveedor participante luego de obtener una remisión de su PCP y que este servicio haya sido previamente aprobado por MVP cuando así se requiera.

**Comportamiento Criminal.** No proveeremos beneficios por ninguna lesión auto-intencional o enfermedad que surja como resultado de su participación en un crimen, motín o insurrección. Las lesiones que resulten de un acto de violencia doméstica o una condición médica, incluyendo condiciones tanto de salud física y mental, están exentas de esta exclusión. El crimen, motín o insurrección será determinado por la ley donde ocurrió el comportamiento criminal.

#### **Servicios de Custodia y Curas de Reposo.**

**Suministros Médicos Descartables.** Salvo lo dispuesto específicamente, no proveeremos beneficios para suministros médicos descartables incluyendo pero no limitándose a pañales, Chux, esponjas, jeringas, agujas, toallas para la incontinencia, tiras reactivas, catéteres, medias elásticas de soporte, atuendos de compresión, apósitos y vendajes.

**Servicios Experimentales o Servicios con Fines de Investigación.** Salvo lo dispuesto específicamente en este párrafo, no proveeremos beneficios para servicios (incluyendo equipo, dispositivos, y medicamentos) que determinemos sean experimentales o con fines de investigación, a menos que sean requeridos por un agente de apelación externo de acuerdo a la sección de *Apelaciones Externas* en la página 31 de este Contrato.

Si un agente de apelación externo aprueba la cobertura para un tratamiento experimental o con fines de investigación que sea parte de un ensayo clínico, solamente proveeremos beneficios por los costos de los servicios requeridos para proveerle el tratamiento de acuerdo al diseño del ensayo. MVP no será responsable por los costos de los medicamentos de investigación, el

equipo o dispositivos, los costos de servicios no relacionados con el cuidado de salud, los costos de la administración de la investigación, o los costos que no sean cubiertos bajo este Contrato por tratamientos no experimentales y no con fines de investigación proveídos en dicho ensayo clínico.

**Servicios de Familia.** No proveeremos beneficios por servicios proveídos por su familia inmediata.

**Servicios Gratuitos.** No proveeremos beneficios por cualquier servicio que se le provea a usted sin cargo alguno o servicios que normalmente se proveerían sin costo alguno.

**Hospital Gubernamental.** Salvo lo dispuesto específicamente, no proveeremos beneficios para servicios que reciba en algún hospital u otra instalación o institución que sea propiedad, operada, o mantenida por el Departamento de Asuntos Veteranos, el gobierno federal, o cualquier gobierno estatal o local, o las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos. Sin embargo, proveeremos beneficios para los servicios cubiertos de otra manera en dicho hospital, instalación o institución si las condiciones de la cobertura descritas en la sección, *Información Adicional y Cómo Funciona este Plan* en la página 22, son satisfechas o por los servicios cubiertos proveídos para condiciones relacionadas con el servicio no militar.

**Enfermedades, Lesiones, y Condiciones Relacionadas al Servicio Militar.** No proveeremos beneficios por algún servicio en conexión con alguna enfermedad, lesión o condición conectada con el servicio militar si el Departamento de Asuntos Veteranos es reponsable de proveer dichos servicios.

**Seguro de Automóvil Sin Culpa.** No proveeremos beneficios por ningún servicio que esté cubierto o pueda estar cubierto por beneficios mandatorios de seguro de automóvil sin culpa o que se apliquen al deducible del seguro sin culpa. Esta exclusión aplica aunque usted presente un reclamo apropiado u oportuno para los beneficios disponibles a usted bajo cualquier póliza de sin culpa o si no se presenta ante alguna audiencia. Tampoco proveeremos beneficios aunque usted presente una demanda en contra de la persona que le causó la enfermedad, lesión o condición y aunque reciba dinero de la demanda y haya



pagado los gastos médicos por los cuales recibió pago bajo la póliza de no culpa.

**Otros Programas Gubernamentales de Seguro de Salud y de Beneficios de Salud.** Reduciremos nuestros pagos de beneficios bajo este Contrato por la cantidad que califique para recibir por el mismo servicio bajo la ley de seguro, planes de beneficios de salud, o programas gubernamentales. Otro seguro de salud incluye la cobertura por los aseguradores de los planes Blue Cross y Blue Shield, o HMOs o programas similares. Los planes de beneficios de salud incluyen cualquier plan de auto-seguridad o no asegurado tales como los que son ofrecidos por o arreglados por medio de empleadores, fideicomisarios, sindicatos, organizaciones de empleadores, u organizaciones de beneficios para los empleados. Los programas del gobierno incluyen Medicare o cualquier otra programa federal, estatal o local, excepto el Programa de los Niños Físicamente Discapacitados y el Programa de Intervención Temprana. Esta exclusión aplica aunque no se inscriba, no presente un reclamo apropiado u oportuno, no pague los cargos para el programa, no se presente ante una audiencia o de otra forma no reclame los beneficios a su disposición.

**Artículos Personales o de Comodidad.** No proveeremos beneficios para servicios de masaje, servicios de spa, y otros servicios de proveedor, acondicionadores centrales o de unidad, purificadores de aire y de agua, equipo de masaje, radio, teléfono, servicio telefónico, teléfonos celulares, dispositivos de telecomunicación para los sordos (TDDs), máquinas de teletipo (TTYs), computadoras, hardware y software, servicio de internet, televisión, servicios de belleza y de barbería, ropa de cama hipoalérgica, colchones, camas de agua, deshumidificadores, humidificadores, equipo de higiene, saunas, bañeras de hidromasaje, ejercicio o equipo de aptitud física, sistemas de alerta de emergencia, accesorios de calor y modificaciones de negocios o de vehículos o para los servicios de una evaluación, ajuste o modificación de dichos artículos.

**Servicios de Manipulación Física o Mecánica.** No proveeremos beneficios para ningún servicio quiropráctico, osteopático o servicios similares en conexión con la detección y corrección por medios manuales o mecánicos

de un desbalance estructural, distorsión, o subluxación en el cuerpo humano para el fin de retirar la interferencia del nervio y los efectos del mismo. Esta exclusión aplica cuando la intervención del nervio es el resultado de o está relacionada con la distorsión, desalineación o subluxación de o en la columna vertebral.

**Medicamentos Prescritos Usados con el Propósito de Tratar la Disfunción Eréctil.**

**Los medicamentos prescritos y biológicos y la administración de estos medicamentos que se suministran con el fin de causar o asistir en causar la muerte, suicidio, eutanasia, o asesinato misericordioso de una persona.**

**Enfermera Privada.**

**Remisiones Prohibidas.** No proveeremos beneficios por servicios de laboratorio clínico, radiografías, servicios de imágenes suministrados por cualquier proveedor conforme a una remisión prohibida por la Sección 238-a de la Ley de Salud Pública del estado de Nueva York. Generalmente, la Sección 238-a prohíbe a los médicos y otros proveedores de cuidado de salud emitir remisiones por servicios de laboratorio clínico, radiografías o servicios de imágenes a un proveedor o instalación en donde el proveedor de referencia o un miembro de la familia inmediato del proveedor de referencia tengan una relación o un interés financiero.

**Procedimientos Reproductivos.** No proveeremos beneficios por algún servicio para o relacionado con medios artificiales para inducir un embarazo u otro medio asistido de concepción, incluyendo pero no limitado a la inseminación artificial, la fertilización in vitro y el trasplante de embriones, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT por sus siglas en inglés), la transferencia intratubárica de cigoto (ZIFT por sus siglas en inglés), y los medicamentos usados en conexión a dichos procedimientos, crío preservación y almacenamiento de esperma, óvulos, o embriones, inyección de esperma intracitoplásmica (ICSI por sus siglas en inglés), almacenamiento de espermas, el banco de esperma, la selección de género, costos del donante, paternidad subrogada, prueba de Acrobeads, prueba de penetración de óvulo de hámster, prueba de inflamación de hipo-osmótica, recuperación de esperma mediante la



electro estimulación, el diagnóstico genético de pre implantación y la selección de género.

**Cuidado de Rutina de los Pies.** No proveeremos beneficios para el cuidado de los pies en conexión a callos y pie plano, arcos caídos, pies débiles, tensión crónica del pie o quejas sintomáticas de los pies. Sin embargo, proveeremos beneficios para el cuidado del pie por razones médicas necesarias.

#### **Procedimientos para la Transformación**

**Sexual y Servicios Relacionados.** No proveeremos beneficios para procedimientos de transformación sexual, a menos que sean médicamente necesarios, incluyendo pero no limitados a, servicios de hospital, cirugía, terapias de hormonas, procedimientos, tratamientos, o servicios relacionados o diseñados para alterar las características físicas del género biológicamente determinado para usted a las del otro género.

**Centro de Enfermería Adiestrado y Servicios de Rehabilitación y Servicios de Proveedores Relacionados.** No proveeremos beneficios para servicios proveídos en un centro de enfermería especializado, instalación de enfermería adiestrada, centro de rehabilitación o cualquier otra instalación no expresamente cubierta por este Contrato. Tampoco proveeremos beneficios para servicios de un médico y de otros servicios proveídos mientras usted esté internado en un centro de enfermería especializado, instalación de enfermería adiestrada, instalación de rehabilitación o cualquier otra instalación no expresamente cubierta por este Contrato.

**Costos de Viaje y Transporte.** Salvo lo dispuesto específicamente, no proveeremos beneficios para gastos de viaje y transporte, incluyendo servicios de ambulancia no de emergencia y gastos relacionados tales como comidas y alojamiento. El transporte aéreo no está cubierto.

**Terapias de Visión y Cirugía Correctiva.** No proveeremos beneficios para ningún servicio para la terapia de visión o formación, formación de la percepción de la visión u ortóptica. Tampoco proveeremos beneficios por la corrección de errores refractivos por medio de algún procedimiento quirúrgico o similar, incluyendo la queratotomía radial, a menos que sea médicamente necesaria.

**La compensación laboral.** No proveeremos beneficios para cualquier servicio para los que se provean beneficios a usted bajo una ley de Compensación Laboral o legislación similar.

**Servicios Fuera de los Estados Unidos.** No proveeremos beneficios para ningún servicio, incluyendo servicios de emergencia que sean proveídos fuera de los Estados Unidos, sus territorios o los países de Canadá y México.





**MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE  
SU COBERTURA**



 **MVP**<sup>®</sup>  
HEALTH CARE



## PRIMAS PARA ESTE CONTRATO

### La Cantidad de las Primas

La cantidad de la prima para este Contrato se determina por MVP y es aprobada por el Superintendente de Servicios Financieros de Nueva York.

### Su Contribución Hacia la Prima

Bajo la ley del Estado de Nueva York es posible que se le requiera contribuir hacia el costo de su prima. Le notificaremos sobre cualquier contribución que se requiera, si es que la hubiera.

### Período de Gracia

Todas las primas para este Contrato se deben pagar con un mes de antelación. Sin embargo, permitiremos un período de gracia de 30 días para el pago de todas las primas con la excepción de la prima del primer mes. Esto significa que, con la excepción de la primera prima para cada niño, si recibimos el pago dentro del período de gracia, seguiremos con la cobertura bajo este Contrato para el período entero que cubre el pago. Si no recibimos el pago dentro del período de gracia, la cobertura bajo este Contrato terminará automáticamente a partir del último día del mes del período de gracia.

### Acuerdo de Pagar por los Servicios Si la Prima No se Paga

No tiene derecho a los beneficios por cualquier servicio que reciba por los períodos en que la prima no se haya pagado. Si los servicios se reciben durante dicho período, usted deberá pagar por los servicios recibidos.

### Cambio en la Prima

Si ha de haber un incremento o disminución en de la prima o su contribución hacia la prima para este Contrato, le avisaremos de tal cambio por escrito con al menos 30 días de antelación.

### Cambios en Su Ingreso o Tamaño de Familia

Puede solicitar que revisemos su contribución de prima familiar cuando ocurra un cambio en su ingreso o en el tamaño de su familia. Puede solicitar

una revisión llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** o llamando a la línea de información para Child Health Plus al **1-800-698-4543**. En ese caso le proveeremos el formulario y los requisitos sobre la documentación necesaria para llevar a cabo la revisión. Haremos una reevaluación de la contribución de la prima de su familia y le notificaremos de los resultados dentro de 10 días hábiles a partir del recibo de la solicitud y la documentación necesaria para llevar a cabo la revisión.

Si la revisión resulta en un cambio de su contribución familiar de la prima, aplicaremos dicho cambio no más de 40 días a partir del recibo de la solicitud de revisión completa y los documentos de soporte.

## TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Podremos terminar este Contrato bajo cualquiera de las siguientes condiciones.

**En Caso Que No Se Pague la Prima.** Si se le requiere pagar una prima por este Contrato, este Contrato se terminará automáticamente al final del período de gracia si no recibimos su pago.

**En Caso Que Se Traslade Fuera del Área de Servicio.** Este contrato se terminará automáticamente cuando cese de residir de forma permanente en el área de servicio de MVP según se define en la página 6.

**Cuando Ya No Cumpla con los Requisitos de Elegibilidad.** Este contrato se terminará automáticamente de acuerdo a lo siguiente:

- El último día del mes en que usted cumpla los 19 años de edad.
- La fecha en que se inscriba al programa de Medicaid.
- La fecha en que reciba cobertura bajo la cobertura de otro cuidado de salud.

**Terminación del Programa de Child Health Plus.**

Este contrato se terminará automáticamente en la fecha en que la ley del estado de Nueva York que establece el programa de Child Health Plus sea terminada o cuando el estado termine este Contrato o cuando el financiamiento de parte del estado de Nueva York a este programa ya no esté disponible a nosotros.



### Nuestra Opción de Terminar este Contrato.

Podremos terminar este Contrato en cualquier momento por una o más de las siguientes razones:

- Fraude o falsificación intencional al aplicar para una inscripción bajo este Contrato o al recibir cualquier servicio o al presentar algún reclamo bajo este Contrato. Le daremos un aviso escrito con 30 días de antelación de dicha terminación. MVP tendrá derecho a todos los recursos que provee la ley y equidad incluyendo pero no limitándose a la recuperación de los beneficios brindados a usted, los costos de abogado, los costos de la demanda y el interés.
- Tales otras razones en archivo con el Superintendente de Servicios Financieros al momento de dicha terminación y aprobadas por él. Se le enviará una copia de tales otras razones. Le daremos un aviso por escrito con al menos 30 días de antelación sobre dicha terminación.
- Discontinuación de la clase de contratos a la cual corresponde este Contrato con no menos de cinco meses de aviso por escrito de dicha terminación.

**Su Opción de Terminar este Contrato.** Usted puede terminar este Contrato en cualquier momento con un aviso previo de por lo menos un mes y por escrito. Le reembolsaremos cualquier porción de la prima para este Contrato que haya sido pagada previamente por usted.

**En caso de su Muerte.** Este Contrato terminará automáticamente en la fecha de su muerte.

**Beneficios Después de la Terminación.** Si usted está completamente discapacitado en la fecha que termine este Contrato y ha recibido servicios médicos por la enfermedad, lesión o condición que resultó en la discapacidad total mientras estaba cubierto por este Contrato, seguiremos pagando por los servicios cubiertos de la enfermedad, lesión o condición relacionada con la discapacidad total durante un período interrumpido de discapacidad total hasta la primera de las siguientes fechas:

- Una fecha en que usted, a nuestro juicio, ya no esté totalmente discapacitado.
- La fecha de 12 meses a partir de la terminación de este Contrato.

No pagaremos por más cuidado del que hubiera recibido si su cobertura bajo este Contrato no hubiera terminado. Si esta sección, Beneficios Después de la Terminación, no le aplica a usted al momento que termine su cobertura y recibe servicios después de la fecha en que termine su cobertura, usted será responsable de pagar los cargos del proveedor.

## DERECHO A UN NUEVO CONTRATO DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN

**Cuando Cumpla los 19 Años.** Si este Contrato termina a causa de que cumpla 19 años, entonces podrá comprar un nuevo contrato como un subscriptor de pago directo.

**En caso que termine el Programa de Child Health Plus.** Si este Contrato termina debido a la terminación del programa Child Health Plus, podrá comprar un nuevo contrato como subscriptor de pago directo.

**Cómo Inscribirse.** Deberá inscribirse dentro de los 31 días de la terminación de este Contrato y pagar la prima del primer mes para el nuevo contrato.

**El Nuevo Contrato.** El nuevo contrato que le ofreceremos será uno de los contratos de pago directo que ofrecemos a las personas que no están cubiertas por Child Health Plus.

## REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

MVP cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios listados en este Contrato. Médicos y enfermeras forman parte de la junta de revisión. Su trabajo es tomar decisiones sobre si los servicios son necesarios en términos médicos o si son con fines de experimento o de investigación. Hacen esta revisión mediante un chequeo y comparación de su plan de tratamiento con los estándares médicos aceptados. Este proceso se llama **revisión de la utilización**.



También estudiamos los servicios para asegurarnos que estén cubiertos por este plan. Haremos una revisión del cuidado anterior (**revisión retroactiva**) el cuidado que desea (**revisión previa al servicio o de aprobación previa**) y el cuidado que está recibiendo y que desea continuar o incrementar (**revisión concurrente**). Nuestro fracaso en tomar una decisión oportuna tiene el mismo efecto que un rechazo. Por lo tanto, si no le ofrecemos una decisión dentro del tiempo permitido, usted podrá solicitar una apelación.

### Solicitando Una Revisión Previa al Servicio

Para obtener una aprobación para estos tratamientos o servicios necesita:

- Consultar con su médico PCP, PCD, o de MVP. Su médico PCP, PCD, o de MVP solicitará la aprobación de MVP.
- Para los servicios referentes a condiciones de salud mental o de abuso de sustancias deberá llamar al vendedor de Salud Mental de MVP, Beacon Health Options, al **1-800-852-7826**.

### Decisiones de la Revisión Previa al Servicio

MVP tomará una decisión sobre las solicitudes de Revisiones Previas al Servicio de las siguientes maneras.

**Revisión Previa al Servicio Urgente.** Si la solicitud es urgente y obtenemos toda la información necesaria al momento que se presente, tomaremos una decisión dentro de 72 horas a partir del momento en que la recibamos. Si la solicitud es urgente y no recibimos toda la información necesaria al momento que se presente, le informaremos a usted o a su proveedor dentro de 24 horas sobre cualquier información faltante. Usted y su proveedor luego tendrán 48 horas a partir del momento en que le informemos para entregarnos la información faltante. Luego tomaremos una decisión dentro de 48 horas a partir del recibo de la información faltante o luego del plazo de su tiempo para darnos la información, cualquiera que ocurra primero.

**Revisión Previa al Servicio No Urgente.** En todos los otros casos, si recibimos toda la información al

momento en que se haga la solicitud, tomaremos una decisión dentro de tres días hábiles después que la recibamos. Si no recibimos toda la información al momento que se haga la solicitud, le notificaremos a usted y a su proveedor dentro de 15 días sobre cualquier información faltante. Usted y su proveedor tendrán 45 días a partir del momento en que le informemos de darnos la información faltante. Luego tomaremos una decisión dentro de tres días hábiles después que hayamos recibido la información faltante o dentro de 15 días después de su plazo para darnos la información faltante, cualquiera que ocurra primero.

### Revisión Concurrente

Si usted ha estado recibiendo cuidado o tratamiento que debe continuar y es urgente haremos una revisión de la solicitud y tomaremos una decisión dentro de 24 horas después de nuestra revisión. Si usted ha estado recibiendo cuidado o tratamiento que debe continuar pero que no es urgente haremos una revisión de la solicitud y tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil después que recibamos toda la información necesaria o dentro del período de tiempo para decidir una Solicitud para una Revisión Previa al Servicio, cualquiera que ocurra primero.

### Revisión de Reclamo Posterior al Servicio

Si recibe una cuenta de un proveedor o de otra forma necesita presentarnos un reclamo, debe presentar la cuenta del proveedor o su recibo por los servicios junto con un formulario completo de reclamo dentro de 24 meses a partir de la fecha del servicio (12 meses a partir de la fecha en que se haya surtido una receta) a menos que su reclamo esté sujeto a una coordinación de beneficios y MVP sea el pagador secundario. Puede obtener los formularios de reclamo llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826**. También puede visitar el sitio **www.mvphealthcare.com** para descargar el formulario de reclamo o para solicitar que se le envíe una copia.

Si estamos revisando un reclamo por servicios que ya recibió y recibimos toda la información necesaria con el reclamo, tomaremos una



decisión dentro de 30 días a partir de que recibamos el reclamo. Si no recibimos toda la información al momento de recibir el reclamo, le informaremos a usted y a su proveedor dentro de 30 días sobre cualquier información faltante. Usted y su proveedor luego tendrán 45 días a partir del momento en que le informemos de darnos la información faltante. Luego tomaremos una decisión dentro de 15 días a partir de recibir la información faltante o dentro de 15 días luego del plazo de su tiempo de darnos la información faltante, cualquiera que ocurra primero.

Si tomamos una decisión sin hablar con su médico, su médico podrá solicitar hablar con el Director Médico de MVP. En el caso de una Revisión Previa al Servicio y una Revisión Concurrente, el Director Médico hablará con su médico dentro de un día hábil. En el caso de una Revisión de Reclamo Posterior al Servicio, MVP hablará con su médico dentro de 30 días.

Si rechazamos su solicitud, le daremos la razón por escrito. Le daremos el razonamiento clínico que lo hay. También le informaremos a usted y a su médico cómo apelar la decisión.

### Reglas Especiales Para los Beneficios Farmacéuticos

Cuando presente una receta a una farmacia participante, el farmacéutico podrá hacer una consulta inmediata sobre su beneficio con MVP.

**Receta Surtida por una Farmacia.** Si la consulta sobre los beneficios de parte del farmacéutico indica que usted ha cumplido con todos los requisitos de elegibilidad y cobertura, el farmacéutico surtirá su receta y presentará un reclamo a MVP para el pago.

**Receta No Surtida por una Farmacia.** Si la consulta sobre los beneficios de parte del farmacéutico indica que usted no ha cumplido con todos los requisitos de elegibilidad y cobertura, el farmacéutico le informará de los resultados de la consulta sobre los beneficios. Usted luego podrá hacer uno de los siguientes:

- Solicitar al farmacéutico que surta la receta, pague el cargo de la farmacia por la receta y presente un reclamo posterior al servicio para un reembolso a MVP, tal como se describe

en la sección de la *Revisión de Reclamo Posterior al Servicio* en la página 31.

- Niegue que el farmacéutico surta la receta y solicite una Revisión Previa al Servicio tal como se describe en la sección *Solicitando una Revisión Previa al Servicio* en la página 31.
- Si la receta requiere la aprobación previa o si tiene limitaciones especiales, el Reclamo Posterior al Servicio pueda ser rechazado si no se aprobó una Revisión Previa al Servicio antes de la fecha en que se surtió la receta.

## PROCEDIMIENTO DE QUEJAS Y APELACIONES DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

Esperamos que MVP le sirva bien. Si tiene algún problema, hable con su PCP, o llame o escriba al Centro de Servicios a los Afiliados. La mayoría de los problemas se pueden solucionar de inmediato. De otra manera, el problema será manejado de acuerdo al siguiente procedimiento de quejas y apelaciones. Usted puede solicitarle a alguien de su confianza (tal como un representante legal, un pariente o un amigo) de presentar una queja o una apelación en su nombre. Si necesita ayuda debido a un impedimento auditivo o visual, o si no habla inglés, le podemos ayudar. No le complicaremos las cosas ni tomaremos alguna acción en su contra por presentar alguna queja o apelación.

### Cómo Presentar una Queja

Puede presentar una queja si no está satisfecho con los servicios de MVP. Por ejemplo:

- Esperó demasiado tiempo para ver a un médico.
- El médico fue grosero con usted.
- No opina que el médico le brindó un buen cuidado médico.

Puede presentar una queja verbal llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP de lunes a viernes entre 8:30 am–5:00 pm. Si nos llama en horas fuera de oficina, por favor deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el día hábil siguiente.

Puede presentar una queja por escrito a la siguiente dirección:



ATTENTION: MEMBER APPEALS  
 MVP HEALTH PLAN INC  
 625 STATE ST  
 PO BOX 2207  
 SCHENECTADY NY 12301-2207

O puede enviar la queja por fax al Departamento de Apelaciones de los Afiliados de MVP al **518-386-7600**.

### ¿Luego Qué Pasa?

Después que recibamos su queja, le enviaremos una carta dentro de 15 días hábiles. Le informaremos:

- qué departamento de MVP está atendiendo su queja
- cómo comunicarse con tal departamento
- si necesitamos más información

Una vez que recibamos toda la información que necesitamos:

- Si un atraso pondría en riesgo su salud, responderemos a su queja dentro de 48 horas. Luego le enviaremos una carta dentro de tres días hábiles.
- En el caso de todas las otras quejas las responderemos por escrito dentro de 45 días.

Cuando lo llamemos o escribamos sobre nuestra decisión, le daremos las razones. También le informaremos cómo apelar nuestra decisión e incluiremos cualquier formulario que necesite.

También puede presentar una queja en cualquier momento por medio de:

- llamar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al **1-800-206-8125** o visitando el sitio **www.health.state.ny**
- escribir al:  
 NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH  
 BUREAU OF CERTIFICATION AND SURVEILLANCE  
 CORNING TOWER  
 ALBANY NY 12237
- llamar al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al **1-800-400-8882** o visitar el sitio **www.dfs.ny.gov**

### Apelaciones

Usted o alguien que usted designe puede apelar nuestra decisión de revisión de utilización o

cualquier decisión referente a los beneficios. También puede apelar si no le gusta cómo manejamos su queja. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** o escriba a MVP al:

ATTENTION: MEMBER APPEALS  
 MVP HEALTH PLAN INC  
 625 STATE ST  
 PO BOX 2207  
 SCHENECTADY NY 12301-2207

Hay dos niveles de apelaciones. Las personas con entrenamiento médico calificado consideran las apelaciones médicas de primer nivel. Su proveedor puede hablar con el director médico de MVP que emitió el aviso de la determinación adversa. El personal superior de MVP considera todas las otras apelaciones de primer nivel. Un panel de personal superior médico y administrativo de MVP y miembros de la junta de MVP revisan las apelaciones de Segundo nivel. El panel se reúne cada 15 días y cuenta con procedimientos para reuniones especiales de aviso de corto plazo en caso de una apelación urgente (**expedita**). Se puede reunir con las personas que revisan su apelación de segundo nivel. En todos los casos, los revisadores de las apelaciones serán diferentes y no subordinados a las personas que hayan trabajado en la primera decisión de MVP u otra apelación.

Para solicitar una apelación, puede llamar a MVP al **1-800-852-7826** o escribir a:

ATTN: MEMBER APPEALS  
 MVP HEALTH PLAN INC  
 625 STATE ST  
 SCHENECTADY NY 12305

MVP le proveerá a los afiliados cualquier ayuda razonable para completar los formularios u otras medidas relacionadas con los procedimientos de apelación incluyendo pero no limitándose a la provisión de servicios de interpretación y números de información gratuitos con capacidad de interpretación TTY/TDD. Todas las determinaciones iniciales y de apelaciones serán asequibles a los inscritos que no hablen inglés y a los inscritos con impedimentos visuales a solicitud. La interpretación oral y otros formatos de material escrito para los afiliados con necesidades especiales están disponibles a solicitud llamando



al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).

**Apelaciones de Primer Nivel.** Debe pasar por una Apelación Interna de Primer Nivel antes que pueda pasar a una Revisión Externa a menos que MVP y el afiliado lo renuncien en conjunto o vayan a tribunal.

### **MVP cuenta con dos tipos de Apelaciones de Primer Nivel:**

Apelaciones de Primer Nivel Expeditas. Puede solicitar una Apelación de Primer Nivel Expedita si necesita la aprobación de MVP para continuar con su cuidado de salud actual o si su médico opina que MVP debe considerar la apelación de inmediato. Debe solicitar una Apelación de Primer Nivel Expedita dentro de 189 días después de recibir la carta de rechazo de MVP. MVP decidirá dentro de 48 horas después que la hayamos recibido. Si está recibiendo servicios hospitalarios en un hospital o instalación médica, debe solicitar una apelación expedita dentro de 24 horas después de recibir la carta de rechazo de MVP. MVP decidirá dentro de 24 horas después que la hayamos recibido. Si MVP rechaza su apelación, usted puede:

- pasar una Revisión Externa por el Estado de Nueva York
- solicitar una Apelación de Primer Nivel Estándar de MVP. Si así lo decide, el tiempo para presentar una Apelación Externa por el Estado de Nueva York se aplaza hasta que reciba un aviso de rechazo de parte de MVP referente a su Apelación de Primer Nivel Estándar.
- solicitar una Apelación Expedita de Segundo Nivel voluntaria. Esto no aplaza su tiempo de presentar una Apelación Externa por el Estado de Nueva York. En este caso, su plazo para presentar una Apelación Externa por el Estado de Nueva York comenzaría a partir de la fecha en que reciba el aviso de rechazo de MVP de parte de la Apelación Expedita de Primer Nivel.

**Apelaciones de Primer Nivel Estándar.** En todos los otros casos puede solicitar una Apelación de Primer Nivel Estándar. Debe solicitar una Apelación de Primer Nivel Estándar dentro de 180 días después de recibir su carta de rechazo de MVP o el aviso de rechazo de MVP de una

Apelación de Primer Nivel Expedita. MVP decidirá su apelación dentro de 15 días después que la recibamos.

### **Un Rechazo de Un Servicio Fuera de la Red**

significa un rechazo de una solicitud de autorización previa para recibir un servicio de salud en particular de un proveedor fuera de la red, que se basa en la determinación que el servicio solicitado no es materialmente diferente de un servicio disponible dentro de la red. (Un rechazo de una remisión a un proveedor fuera de la red que se basa en la determinación que un proveedor dentro de la red está disponible para proveer los servicios solicitados no se considera un Rechazo de Servicio Fuera de la Red. (vea *Rechazo de Una Remisión Fuera de la Red* en la página 34.) Para apelar un Rechazo de un Servicio Fuera de la Red, usted o una persona que designe debe presentar los siguientes artículos con su apelación:

- Una declaración escrita de parte del médico de cabecera del afiliado certificando que el servicio fuera de la red solicitado es materialmente diferente al que está disponible dentro de la red.
- Dos documentos citando evidencia médica y científica que el servicio solicitado fuera de la red es probable que sea más beneficioso en términos clínicos al afiliado que el servicio dentro de la red y que el solicitado servicio fuera de la red probablemente no incremente de forma sustancial un riesgo adverso al afiliado.

### **Un Rechazo de Una Remisión Fuera de la Red**

significa un rechazo de una solicitud de autorización previa para una remisión a un proveedor no participante cuando MVP determina que existe un proveedor participante con el entrenamiento y experiencia apropiados para cumplir con sus necesidades de cuidado de salud en particular que puede proveer el servicio de cuidado de salud solicitado. Para apelar un Rechazo de Remisión Fuera de la Red, usted o quien usted designe debe presentar los siguientes artículos con su apelación:

- Una declaración escrita de parte de su médico de cabecera, quien debe ser licenciado, certificado por la junta médica, o elegible por la junta médica como calificado para practicar en el área de especialidad



de la práctica apropiada para tratar su condición, que el proveedor(es) participante recomendado por MVP no cuenta con el entrenamiento y experiencia apropiados para cumplir con sus necesidades de cuidado médico en particular para el servicio de cuidado de salud.

- Una recomendación de parte de un proveedor no participante con el entrenamiento y experiencia apropiados para cumplir sus necesidades de cuidado de salud en particular y quien pueda proveer el servicio de cuidado de salud solicitado.

Si MVP rechaza su apelación, usted puede recurrir a una Revisión Externa por el Estado de Nueva York; y/o solicitar una Apelación de Segundo Nivel Estándar. Esto no aplaza el tiempo que tiene para presentar una Apelación Externa por el Estado de Nueva York. En este caso su tiempo para presentar una Apelación Externa por el Estado de Nueva York comenzaría a partir de la fecha que reciba el aviso de rechazo de MVP de parte de la Apelación de Primer Nivel Estándar.

**Apelaciones de Segundo Nivel.** No tiene que solicitar una Apelación de Segundo Nivel antes de recurrir a una Apelación Externa o al tribunal.

**MVP tiene dos tipos de Apelaciones de Segundo Nivel:**

**Apelaciones Expeditas de Segundo Nivel.**

Puede obtener una decisión más expedita si su médico puede declarar que un atraso causaría un serio daño a su salud. Puede solicitar una Apelación Expedita de Segundo Nivel solamente si MVP rechazó su Apelación Expedita de Primer Nivel. Debe solicitar una Apelación Expedita de Segundo Nivel dentro de 180 días después que reciba el aviso de rechazo de MVP de la Apelación Expedita de Primer Nivel. Si está recibiendo servicios hospitalarios en un hospital o una instalación médica debe solicitar una Apelación Expedita de Segundo Nivel dentro de 24 horas después de recibir el aviso de rechazo de MVP de la Apelación de Primer Nivel. MVP decidirá dentro de 24 horas después que la recibamos. MVP decidirá su apelación dentro de 48 horas después que la recibamos.

**Apelaciones Estándar de Segundo Nivel.** Puede solicitar una Apelación Estándar de Segundo

Nivel solamente si MVP rechazó su Apelación Estándar de Primer Nivel. Debe solicitar una Apelación Estándar de Segundo Nivel dentro de 180 días después de recibir su aviso de rechazo de MVP de parte de la Apelación Estándar de Primer Nivel. MVP decidirá su apelación dentro de 15 días después que la recibamos.

Si rechazamos su apelación le daremos las razones por nuestra decisión y nuestro razonamiento clínico, si es que aplica. Además le diremos cómo presentar más apelaciones.

**Tribunal.** No podrá recurrir al tribunal en contra de MVP antes de haber recibido una decisión de MVP en cuanto a una apelación de primer nivel. Debe iniciar cualquier demanda contra MVP dentro de tres años de la fecha de nuestro aviso en cuanto a la decisión de apelación de primer nivel. A menos que aplique la ley federal, cualquier tribunal utilizará la ley del estado de Nueva York para decidir su demanda.

**APELACIONES EXTERNAS**

**Su Derecho a Una Apelación Externa**

Bajo ciertas circunstancias, usted tiene derecho a una apelación externa por un rechazo de cobertura. Específicamente, si MVP le ha negado cobertura en base a que el servicio no es necesario en términos médicos o es un tratamiento experimental o para fines de investigación, o si emite un Rechazo a un Servicio Fuera de la Red, o un Rechazo a una Remisión para un Servicio Fuera de la Red, usted o su representante puede apelar dicha decisión a un Agente de Apelación Externa, una entidad independiente certificada por el estado para realizar dicha apelación.

**Su Derecho a Apelar una Determinación Que un Servicio no es Necesario en Términos Médicos**

Si MVP ha negado cobertura en base a que el servicio no es necesario en términos médicos, usted puede apelar a un Agente de Apelación Externa si cumple con los siguientes dos criterios:

- El servicio, procedimiento o tratamiento de lo contrario debe ser un servicio cubierto bajo este Contrato.
- Tuvo que haber recibido una determinación final adversa mediante el primer nivel del proceso de apelación interno de MVP y MVP tuvo que haber confirmado el rechazo o usted y MVP tienen que acordar por escrito renunciar a cualquier apelación interna.

### Su Derecho a Apelar Una Determinación Que un Servicio es Experimental o Para Fines de Investigación

Si MVP ha negado cobertura sobre la base que un servicio es experimental o para fines de investigación, usted puede apelar a un Agente de Apelación Externa si cumple con los siguientes dos criterios:

- El servicio, procedimiento o tratamiento de lo contrario debe ser un servicio cubierto bajo este Contrato.
- Tuvo que haber recibido una determinación final adversa mediante el primer nivel del proceso de apelación interno de MVP y MVP tuvo que haber confirmado el rechazo o usted y MVP tienen que acordar por escrito renunciar a cualquier apelación interna.

Además, su médico de cabecera debe certificar que usted tiene una condición o enfermedad de discapacidad o que amenaza su vida. Una condición o enfermedad que amenaza su vida es una que, de acuerdo al diagnóstico actual de parte de su médico de cabecera, cuenta con una alta probabilidad de muerte. Una condición o enfermedad de discapacidad es cualquier impedimento físico o mental médicamente determinante que se espera resulte en la muerte o que ha durado o se espera que dure por un período continuo no menos de 12 meses que lo rinde incapaz de participar en ninguna actividad sustancial y lucrativa. En el caso de un niño menor de 18 años, una *condición o enfermedad de discapacidad* es cualquier impedimento físico o mental médicamente determinante de gravedad comparable.

Su médico de cabecera también debe certificar que su *condición o enfermedad de discapacidad* o que amenaza su vida es una para la cual los

servicios de salud estándares son inefectivos o médicamente inapropiados o para la cual no existe un servicio o procedimiento estándar cubierto por este Contrato que sea más beneficioso o para el cual no exista un ensayo clínico.

#### Además, su médico de cabecera debe haber recomendado uno de los siguientes:

- Un servicio, procedimiento, o tratamiento para el cual dos documentos de entre la evidencia médica y científica disponible indique tenga las probabilidades de ser más beneficioso para usted que cualquier otro servicio estándar cubierto (solamente se considerarán ciertos documentos de soporte para esta recomendación—su médico de cabecera debe comunicarse con el Estado para obtener la información actual en cuanto a los documentos aceptables).
- Un ensayo clínico para el cual usted califique (solamente se considerarán ciertos ensayos clínicos).

Para fines de esta sección, su médico de cabecera debe ser un médico licenciado, certificado por la junta médica o elegible para certificación calificado para practicar en el área apropiada para tratar su condición o enfermedad de discapacidad o que amenaza su vida.

### El Proceso de Apelación Externa

Si mediante el primer nivel del proceso de apelación interna de MVP usted recibió una determinación final adversa que confirma el rechazo de cobertura sobre la base que el servicio no es médicamente necesario o es experimental o tratamiento con fines de investigación, usted tiene cuatro meses a partir del recibo de dicho aviso de presentar una solicitud escrita para una apelación externa. Si usted y MVP han acordado renunciar a cualquier apelación interna usted tiene cuatro meses a partir del recibo de dicha renuncia de presentar una solicitud escrita para una apelación externa.

Puede solicitar una solicitud para una apelación externa del Departamento de Servicios Financieros de Nueva York llamando al **1-800-400-8882**. Presente la solicitud completa al Departamento de Servicios Financieros del estado a la dirección indicada en la solicitud. Si



usted cumple con los criterios para una apelación externa, el estado enviará su solicitud a un Agente de Apelación Externa.

Tendrá la oportunidad de presentar documentación adicional con su solicitud. Si el Agente de Apelación Externa determina que la información que presentó representa un cambio material a la información sobre la cual MVP basó su rechazo, el Agente de Apelación Externa compartirá dicha información con MVP para que reconsideremos nuestra decisión. Si optamos por ejercer este derecho tendremos tres días hábiles para enmendar o confirmar nuestra decisión. Por favor tome nota que en el caso de una apelación expedita, no tenemos derecho de reconsiderar nuestra decisión.

Por lo general, el Agente de Apelación Externa debe tomar una decisión dentro de 30 días del recibo de su solicitud completa. El Agente de Apelación Externa puede solicitar información adicional de parte suya, de su médico o de MVP. Si el Agente de Apelación Externa solicita información adicional contará con cinco días hábiles más para tomar una decisión. El Agente de Apelación Externa debe notificarle por escrito sobre su decisión dentro de dos días hábiles.

Si su médico de cabecera certifica que un atraso en la provisión del servicio que ha sido negado representa una amenaza inminente o grave a su salud, usted puede solicitar una apelación expedita externa. In ese caso, el Agente de Apelación Externa debe tomar una decisión dentro de tres días de recibir su solicitud completa. El Agente de Apelación Externa debe hacer el intento de notificarle a usted y a nosotros por teléfono o fax inmediatamente después de tomar una decisión.

Si el Agente de Apelación Externa derroca nuestra decisión que un servicio no es médicamente necesario o si aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o con fines de investigación, proveeremos cobertura sujeto a los otros términos y condiciones de este Contrato. Por favor tome nota que si el Agente de Apelación Externa aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o con fines de investigación que es parte de un ensayo clínico, solamente cubriremos los costos de los servicios requeridos para proveerle el tratamiento de acuerdo al

diseño del ensayo. No cubriremos el costo de los medicamentos o los aparatos de investigación, los costos de servicios no relacionados con el cuidado de salud, los costos de administrar la investigación o los costos que no estarían cubiertos bajo este Contrato para tratamientos no experimentales o sin fines de investigación brindados en dicho ensayo clínico.

La decisión del Agente de Apelación Externa es obligatoria para usted como para MVP. La decisión del Agente de Apelación Externa es admisible en cualquier procedimiento judicial.

### Sus Responsabilidades

Es responsabilidad suya iniciar el proceso de apelación externa. Puede iniciar el proceso de apelación externa al llenar un formulario de solicitud con el Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York. Si el servicio solicitado ya le ha sido proveído, su médico puede presentar una solicitud de apelación externa en su nombre pero solamente si usted ha dado consentimiento por escrito.

Bajo la ley del estado de Nueva York, su solicitud completa para la apelación debe ser presentada dentro de cuatro meses a partir de la fecha en que reciba la notificación escrita de que hemos confirmado un rechazo de cobertura o a partir de la fecha en que reciba una renuncia escrita a cualquier apelación interna. MVP no tiene autoridad alguna para otorgar una extensión a este plazo.

## DISPOSICIONES GENERALES

### Ninguna Asignación

No puede asignar los beneficios de este Contrato. Cualquier asignación o intento de hacerlo es nulo. La asignación significa la transferencia a otra persona u organización de su derecho a los beneficios proveídos por este Contrato.

### Acción Legal

No puede iniciar una acción legal contra nosotros hasta que no haya recibido la decisión escrita de MVP sobre una apelación de primer nivel según se describe en la sección Procedimiento de Quejas



y Apelaciones de Revisiones de Utilización. Tiene que presentar cualquier acción legal en nuestra contra bajo este contrato dentro de tres años a partir de la fecha de nuestra decisión escrita de apelación de primer nivel. Debe iniciar cualquier acción legal en un tribunal ubicado en el estado de Nueva York. También acuerda defender cualquier acción que presentemos en su contra en un tribunal ubicado en el estado de Nueva York.

## Enmienda del Contrato

Podremos cambiar este Contrato si el cambio es aprobado por el Superintendente de Servicios Financieros del estado de Nueva York. Le daremos un aviso escrito previo de al menos 30 días sobre cualquier cambio. No tiene derechos adquiridos a los beneficios u otras disposiciones de este Contrato.

## Los Registros Médicos

Al momento de obtener cobertura bajo este Contrato usted nos da permiso de obtener y usar sus registros médicos que contienen información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés). Podremos obtener su PHI de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud. Usaremos y divulgaremos su PHI solamente para los fines de operaciones de pago y el cuidado de salud según permitido por la ley estatal y federal. También podremos divulgar su PHI cuando de otra manera fuera permitido o requerido bajo la ley estatal o federal. Junto con este Contrato también recibirá una copia del Aviso de Privacidad de MVP (*vea el Aviso de Privacidad en la página 44 de la sección Información Adicional y Documentos Importantes*). El aviso le comunica sobre las medidas que MVP toma para mantener su PHI confidencial y seguro. El aviso también le informa sobre sus derechos de privacidad. Puede solicitar otra copia del aviso de privacidad en cualquier momento ya sea llamando o escribiendo a MVP.

## Quién Recibe el Pago Bajo Este Contrato

Les pagaremos a los proveedores participantes directamente para que le provean servicios a usted. Si recibe servicios cubiertos de cualquier otro proveedor, nos reservamos el derecho de pagarle a usted o al proveedor.

## Aviso

Cualquier aviso bajo este contrato debe hacerse por medio del correo de los Estados Unidos, porte pagado y dirigido a nosotros al:

MVP HEALTH PLAN INC  
625 STATE ST  
PO BOX 2207  
SCHENECTADY NY 12301-2207

O si se dirige a usted, debe ir a la dirección más reciente en los archivos de MVP. Nuestro aviso se estimará comunicado el día en que se lo enviemos por correo. Debe notificarnos de cualquier cambio de dirección de forma inmediata.

## La Relación de MVP Con los Proveedores

Este Contrato no requiere que algún proveedor en particular lo acepte como paciente y no garantizamos dicha aceptación de parte de algún proveedor en particular. Los proveedores son enteramente responsables de todos los servicios prestados o no prestados a los afiliados.

MVP no controla el tratamiento ni otras acciones profesionales de parte de los proveedores. Las decisiones de MVP se relacionan únicamente con si proveeremos los beneficios bajo este Contrato y no representan un sustituto del juicio profesional de su proveedor. Además, las personas que toman estas decisiones en nombre de MVP no reciben incentivos para limitar o negar los beneficios y no reciben pago en base a la cantidad o tipo de dichas decisiones.

## Tarjetas de identificación de Afiliado

La posesión de una tarjeta no confiere ningún derecho automático a los beneficios. Para ser elegible para los beneficios tiene que estar listado en un formulario de inscripción completo y presentado ante y aceptado por nosotros y sus primas deben estar pagadas en su totalidad. Podremos terminar su cobertura si permite que otra persona use indebidamente su tarjeta de identificación de afiliado de MVP.

## Construcción e Interpretación de Este Contrato

Sujeto a cualquier derecho que usted tenga para disputar una determinación de cobertura o de



beneficios bajo este Contrato, MVP determina si y hasta qué punto los afiliados tienen derecho a la cobertura y los beneficios y de interpretar términos disputados o poco claros bajo este Contrato. Esto significa que aún si un proveedor, provee, recete o recomiende un servicio, MVP siempre determina si los beneficios para el servicio están disponibles bajo este Contrato. En caso de alguna disputa o pregunta sobre la inscripción, la elegibilidad, cobertura u otros términos y condiciones, este Contrato ejerce control sobre otras Fuentes de información general emitida por MVP.

### Recuperación de los Sobrepagos

Si le efectuamos un pago por equivocación, le informaremos y deberá devolvernos la cantidad del sobrepago dentro de 60 días. Si le debemos un pago por otros reclamos recibidos tenemos el derecho de deducir cualquier cantidad que usted nos deba de cualquier pago que le hagamos.

### La No Renuncia a Nuestros Derechos

Podremos optar por no hacer cumplir ciertos términos o condiciones de este Contrato. Esto significa que renunciamos al derecho de hacer cumplir estos términos o condiciones en el futuro.

### Elección de la Ley

A no ser que se aplique la ley federal, este Contrato está sujeto a las leyes de Nueva York.

## DECISIONES DE CUIDADO DE SALUD

Puede llegar el momento en que no pueda decidir sobre su propio cuidado de salud. Al planificar por adelantado, usted puede hacer los arreglos ahora para que se cumplan sus deseos.

Primero, informe a su familia, amistades y su médico sobre el tipo de tratamientos que desea o no desea.

Segundo, puede nombrar un adulto de confianza para que tome las decisiones por usted. Asegúrese

de hablar con su PCP, su familia u otros cercanos a usted para que sepan lo que usted desea.

Tercero, es mejor si pone sus pensamientos por escrito. Los documentos que aparecen a continuación le pueden ayudar. No tiene que usar los servicios de un abogado pero quizás desee consultarle. Puede cambiar de opinión así como lo que escriba en estos documentos en cualquier momento. Nosotros podemos ayudarle a comprender u obtener estos documentos. Estos documentos no cambian su derecho a unos beneficios de cuidado de salud de calidad. Su único propósito es informar a otros sobre sus deseos en caso de que no pueda hablar por sí mismo.

### Poder de Atención Médica

Con este documento usted nombra a otro adulto de confianza (usualmente un amigo o pariente) que tome decisiones sobre su cuidado médico en caso de que usted no pueda hacerlo. Si opta por esto, debe hablar con la persona que ha nombrado para que sepan lo que usted desea.

### Resucitación Cardiopulmonar y Orden de No Resucitación (CPR y DNR por sus siglas en inglés)

Tiene el derecho de decidir si desea algún tratamiento especial o de emergencia para resucitar su corazón o sus pulmones si se arresta su respiración o circulación. Si no desea un tratamiento especial incluyendo la resucitación cardiopulmonar (CPR) debe dar a conocer sus deseos por escrito. Su PCP le brindará una orden de no resucitar (DNR) para sus registros médicos. También puede obtener un formulario de DNR para cargar consigo y/o un brazalete que informará a cualquier proveedor de emergencia médica de sus deseos.

### Tarjeta de Donante de Órganos

Esta tarjeta tamaño billetera indica que usted está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otros al momento de su muerte. También, revise la parte de atrás de su licencia de conducir para informar a otros si desea y cómo quiere donar sus órganos.







**APÉNDICE**  
INFORMACIÓN ADICIONAL Y DOCUMENTOS IMPORTANTES



## AVISO DE PRIVACIDAD

MVP HEALTH PLAN INC., MVP HEALTH MVP HEALTH PLAN INC., MVP HEALTH SERVICES CORP., MVP HEALTH INSURANCE COMPANY, MVP HEALTH INSURANCE COMPANY OF NEW HAMPSHIRE, INC., Y HUDSON HEALTH PLAN, INC.

### Fecha de Efectividad

Este Aviso de las Prácticas de Confidencialidad está efectivo desde el 1 de abril de 2014 y revisado el 19 de octubre de 2015.

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÁ USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE LA CON CUIDADO.**

MVP Health Plan, Inc., MVP Health Services Corp., MVP Health Insurance Company, MVP Health Insurance Company of New Hampshire, Inc., y Hudson Health Plan, Inc. (colectivamente "MVP") respetan la confidencialidad de su información de salud y protegerán su información en una manera responsable y profesional. Somos requeridos por ley a mantener la privacidad de su información de salud, proveerle de este aviso de nuestras costumbres de privacidad y nuestros deberes legales y cumplir con los términos de este aviso.

En cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés) y las leyes y reglamentos estatales referente a la confidencialidad de la información de salud, MVP provee este aviso para explicar cómo podremos usar y divulgar su información de salud para efectuar operaciones de pago y cuidado de salud y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. La Información de salud se define como información sobre la inscripción, elegibilidad, beneficio, reclamo o cualquier otra que se relacione con su salud física o mental en el pasado, presente o futuro.

Los términos y condiciones de este aviso de privacidad servirán de suplemento a cualquier otra comunicación, política o aviso que MVP pudiera haberle brindado en cuanto a su información de salud. En caso de conflicto entre este aviso y cualquier otra comunicación, política o aviso de MVP, los términos y condiciones de este aviso prevalecerán.

## Los Deberes de MVP Referente a Su Información de Salud

Por ley, se le requiere a MVP:

- Mantener la privacidad sobre su información de salud en todos los formatos incluyendo oral, por escrito, y electrónico.
- Entrenar todos los empleados de MVP en la protección de información de salud protegida (PHI) oral, escrita y electrónica.
- Limitar el acceso a la facilidad física de MVP y a los sistemas de información al mínimo requerido necesario para proveer servicios.
- Mantener las medidas preventivas físicas, electrónicas, y procesales que cumplen con reglas federales y estatales para proteger PHI.
- Avisarle luego de una violación a la seguridad de la información de salud.
- Proveerle este aviso sobre nuestros deberes legales y las reglas sobre la privacidad de la información de salud.
- Acatarse por los términos de este aviso.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento, consistente con la ley aplicable y de hacer que esos cambios sean efectivos para la información de salud suya con que ya contamos. Una vez haya sido revisado este aviso le informaremos que el aviso ha sido actualizado y le daremos información sobre cómo obtener el aviso actualizado. Además lo publicaremos en nuestro sitio electrónico [www.mvphealthcare.com](http://www.mvphealthcare.com).

## Cómo Usamos o Divulgamos Su Información de Salud

Como afiliado, usted acuerda permitir que MVP comparta información sobre usted con fines de tratamiento, obtener pago y efectuar gestiones sobre el cuidado de salud. A continuación se describen formas en que podremos usar o divulgar su información de salud.

**Con fines de efectuar tratamiento.** Podremos compartir información sobre su salud con un médico u otro proveedor de salud para que puedan brindarle tratamiento.

**Con fines de obtener pago.** Podremos usar y/o divulgar su información de salud con fines de obtener pagos sobre primas, determinar la cobertura de beneficios o para brindar pago a los proveedores de salud que brinden tratamiento a nombre suyo.



**Con fines de efectuar gestiones de cuidado de salud.** Podremos usar o divulgar su información de salud con fines de efectuar gestiones de cuidado de salud necesarias que nos permitan hacer los arreglos para la provisión de beneficios de salud, el pago de reclamos de salud y para asegurar que nuestros afiliados reciban un servicio de calidad. Por ejemplo, podremos usar o divulgar su información de salud para llevar a cabo actividades de evaluación de calidad y mejoría (incluyendo por ejemplo, encuestas), la coordinación del manejo de casos y cuidado, licenciatura, credencialización, suscripción, calificación de primas, detección de fraude y abuso, revisión médica y servicios legales. No usaremos o divulgaremos su información de salud para propósitos de suscripción que relevantes a la información genética. También usamos y divulgamos su información de salud para ayudar a otros proveedores de salud médica llevar a cabo ciertas operaciones de cuidado de salud para dichos proveedores de cuidado de salud, tales como evaluaciones de calidad y mejoría, la revisión de la capacidad y calificaciones de proveedores de cuidado de salud y para llevar a cabo investigaciones o detecciones de fraude siempre que la información que se use o se divulgue tenga que ver con la relación que usted y el proveedor de salud hayan tenido o tengan.

**Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podremos usar o divulgar su información de salud para informarle sobre tratamientos médicos y programas alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Divulgaciones a un socio.** Podremos divulgar su información de salud a otras compañías que efectúan ciertas funciones a nombre nuestro. Estas compañías se llaman Socios. Estos Socios deben acordar por escrito proteger su privacidad y seguir las mismas reglas que nosotros.

**Divulgaciones a un patrocinador del plan.** Podremos divulgar información limitada al patrocinador del grupo de su plan de salud (usualmente su empleador) para que el patrocinador del plan pueda obtener ofertas prima, modificar, enmendar o terminar su grupo de plan de salud y efectuar funciones de inscripción a nombre suyo.

**Divulgaciones al representante de una tercera parte.** Podremos revelar a un Representante de una Tercera Parte (miembro de la familia,

pariente, amigo, etc.) información de salud que sea relevante directamente a la participación de esa persona con su cuidado o pago por cuidado si podemos inferir razonablemente que la persona esté involucrada en su cuidado o pago por cuidado y que usted no pondrá alguna objeción.

**Comunicaciones vía correo electrónico con usted.** Usted acuerda que nos podremos comunicar con usted vía correo electrónico referente a primas de seguro o por otros propósitos relacionados con sus beneficios, reclamos o nuestros productos/servicios y que dichas comunicaciones (usando software de encriptación para nuestra transmisión de correo electrónico) puedan contener información confidencial, información de salud protegida, o información que pueda identificarle personalmente.

**Divulgaciones autorizadas por usted.** Excepto en el caso de los escenarios descritos en este aviso, la HIPAA prohíbe la divulgación de su información de salud sin primero obtener su autorización. MVP no usará o divulgará su información de salud para participar en actividades e mercadeo aparte de la comunicación cara a cara, la oferta de un regalo de promoción o según se establece en este aviso a menos que usted haya autorizado dicho uso o divulgación. MVP no usará o divulgará su información de salud por ninguna razón aparte de las que se describen arriba a menos que usted haya proveído una autorización. Podremos aceptar un Formulario para la Divulgación de Información si le gustaría que compartiéramos su información de salud con alguien por alguna razón que no hayamos declarado aquí mismo. Al utilizar este formulario usted puede designar con quién le gustaría que compartiéramos esta información, qué información le gustaría que compartiéramos y por cuánto tiempo le gustaría que compartiéramos su información con ese individuo. Una copia de este formulario está disponible al llamar a Centro de Servicios a los Afiliados de MVP o por medio de entrar al sitio electrónico al **www.mvphealthcare.com**. Deberá completar este formulario y enviarlo a la dirección o número de fax que aparece en el mismo. Puede cancelar esta Autorización en cualquier momento por escrito y de acuerdo a los requisitos en el formulario.



## Situaciones Especiales de Uso y Revelación de Información

Bajo ciertas circunstancias, según lo requiere la ley, MVP tendrá que compartir su información sin su permiso. Algunas circunstancias incluyen.

### Usos y revelaciones requeridos por ley.

Podremos usar y divulgar su información de salud cuando se nos requiera por ley federal, estatal, o local.

**Salud pública.** Podremos divulgar su información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen la prevención o control de enfermedad, lesión o discapacidad; el reportaje de nacimientos y defunciones; o el reportaje de reacciones a medicamentos o problemas con productos médicos o para notificar a las personas sobre el retiro de productos que han estado usando.

**Vigilancia de salud.** Podremos divulgar su información de salud a una agencia de vigilancia de salud que monitorea el sistema de cuidado de salud y programas de gobierno designados para actividades de supervisión.

**Procedimientos legales.** Podremos divulgar su información de salud en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de una corte o tribunal administrativo (en la medida que dicha divulgación esté expresamente autorizada) y en ciertas situaciones en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento, u otro proceso legal.

**Aplicación de la ley.** Podremos divulgar su información de salud para fines de la aplicación de la ley siempre que se cumpla con los requisitos legales aplicables.

**Abuso o negligencia.** Podremos divulgar su información de salud a una autoridad de salud pública u otra autoridad gubernamental autorizada por ley para recibir reportes de abuso o negligencia infantil o violencia doméstica consistente con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.

**Médicos forenses, directores de funerarias, y donación de órganos.** Podremos divulgar su información de salud a un juez de primera instancia o un médico forense para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte o según lo autorice la ley. También podremos divulgar su información de salud a los directores de funerarias según sea necesario

para el ejercicio de sus funciones. Si usted es un donante de órganos, podremos divulgar la información de su salud para fines de adquisición, banca, o trasplante.

**Propósitos de investigación.** Bajo ciertas circunstancias podremos usar y divulgar su información de salud para propósitos de investigación.

**Actividad criminal.** Podremos divulgar su información de salud cuando sea necesario para prevenir o mitigar una amenaza seria e inminente a la salud y seguridad de una persona o el público.

**Actividad militar.** Podremos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados si usted es un miembro de las fuerzas armadas (o un veterano militar).

**Seguridad nacional.** Podremos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional e inteligencia y para permitirles brindar servicios de protección al Presidente y otros.

**Compensación de trabajadores.** Podremos divulgar su información de salud según sea autorizado para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores y otros programas similares establecidos por ley.

## ¿Cuáles son Sus Derechos?

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información de salud. Las solicitudes de restricciones, comunicaciones confidenciales, contabilidad de divulgaciones, modificaciones a su información de salud, la inspección o copia de su información de salud o cualquier pregunta sobre este aviso se pueden efectuar por medio de la información de contacto que aparece al final de este aviso.

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho de solicitar una restricción o una limitación en cuanto a la información sobre su salud que divulguemos referente a gestiones de pago o el cuidado de salud. También tiene derecho a solicitar un límite sobre la información que divulguemos sobre su salud a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado, tal como un miembro de la familia, un pariente o un amigo. Aunque intentaremos respetar su solicitud, no estamos legalmente obligados a estar de acuerdo con las restricciones o limitaciones. Si estamos de acuerdo,



cumpliremos con su solicitud o limitaciones excepto en situaciones de emergencia.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud de cierta forma o a cierto sitio si la divulgación de la información pudiera ponerle en peligro. Solicitaremos la razón por la solicitud y acomodaremos todas las solicitudes razonables.

**Derecho a una contabilización de divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una contabilidad de las divulgaciones de su información de salud efectuadas por nosotros aparte de aquellas necesarias para llevar a cabo el tratamiento, efectuar pago y gestiones de cuidado de salud, divulgaciones efectuadas a usted o autorizadas por usted o en ciertas otras situaciones.

**Derecho a inspeccionar y obtener copias de su información de salud.** Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de cierta información de salud que mantenemos. En limitadas circunstancias podremos negar su solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su información de salud. Si negamos su solicitud, le avisaremos por escrito la razón de la negación y de ser aplicable, el derecho de que se revise la negación.

**Derecho a modificar o enmendar.** Si usted opina que la información de salud que mantenemos sobre usted está incompleta o incorrecta, nos puede solicitar que modifiquemos la información. En ciertas circunstancias podremos negar su solicitud. Si negamos su solicitud, le explicaremos su derecho de presentar una declaración escrita de desacuerdo. Si aprobamos su solicitud, incluiremos el cambio en su información de salud y les comunicaremos a otros que necesiten saber de los cambios.

**Derecho a una copia del aviso sobre las prácticas de privacidad.** Usted tiene derecho a obtener una copia de este aviso en cualquier momento.

### Ejerciendo Sus Derechos

A menos que nos provea con una autorización por escrito no usaremos o divulgaremos su información de salud de ninguna forma que no sea abarcada por este aviso. Si nos autoriza por escrito de usar o divulgar su información de salud de una manera que no sea como se indica en este aviso usted podrá revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su

autorización no seguiremos usando o divulgando su información de salud por las razones cubiertas por su autorización; no obstante no nos echaremos para atrás en cuanto a usos o divulgaciones que se hayan hecho en base a su autorización previa a la revocación de la misma.

Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. También puede ver este aviso en [www.mvphealthcare.com](http://www.mvphealthcare.com).

Si usted opina que sus derechos a privacidad han sido violados puede presentar una queja por medio de una comunicación con los Representantes de Servicios a los Afiliados en la dirección o número telefónico que se indica en la sección Información de Contacto al final de este aviso.

También puede presentar una queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Las quejas presentadas directamente al Secretario deberán: (1) ser por escrito; (2) incluir el nombre de la entidad contra que se esté presentando la queja; (3) describir los problemas relevantes; y (4) ser presentada dentro de 180 días a partir del momento en que usted se enteró o debió haberse enterado del problema. Le provereemos esta dirección a solicitud.

### No Tomaremos Ninguna Acción en Su Contra Si Presenta Una Queja

No tomaremos represalia alguna si usted decide presentar una queja de buena fe ante nosotros o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica.

### Información de Contacto

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicaid

**1-800-852-7826** (TTY 1-800-662-1220)

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare

**1-800-665-7924** (TTY 1-800-662-1220)

Centro de Servicios a los Afiliados Para Todos los Otros Afiliados de MVP

**1-888-687-6277** (TTY 1-800-662-1220)

Correo todas las correspondencias a:

MVP CUSTOMER CARE CENTER  
PO BOX 2207  
SCHENECTADY NY 12301-2207





MVP HEALTH CARE, INC.

625 State Street Schenectady, New York 12305-2111



1-800-852-7826



[www.mvphealthcare.com](http://www.mvphealthcare.com)