



# Contrato del Subscriptor de **Child Health Plus**



Child Health Plus Plan

Western New York

[bcbswny.com/stateplans](http://bcbswny.com/stateplans)

1013884NYMSPHWN 07/21

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 866-231-0847 (TTY 711).	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866-231-0847 (TTY 711).	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 866-231-0847 (TTY 711)。	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (TTY 711) رقم هاتف الصم والبكم 866-231-0847	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 866-231-0847 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 866-231-0847 (телетайп: TTY 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 866-231-0847 (TTY 711).	Italian
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 866-231-0847 (TTY 711).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 866-231-0847 (TTY 711).	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 866-231-0847 (TTY 711).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 866-231-0847 (TTY 711).	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 866-231-0847 (TTY 711).	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১- 866-231-0847 (TTY 711)।	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 866-231-0847 (TTY 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 866-231-0847 (TTY 711).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 866-231-0847 (TTY 711)۔	Urdu
BAA !KOHWIINIDZIN: Saad bee 1ka'e'eyeed bee 1ka'an7da'awo', t'11 j77k'eh [a' n1 h0l=-go 1t'4. Kohj8' 866-231-0847 (TTY 711) hod7ilnih.	Navajo

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

**Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York (Highmark BCBSWNY)** cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles. **Highmark BCBSWNY** no excluye a nadie ni trata a nadie de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**Highmark BCBSWNY** brinda lo siguiente:

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

Si necesita estos servicios, llame a **Highmark BCBSWNY** al 866-231-0847. Para servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si considera que **Highmark BCBSWNY** no le brindó estos servicios o le dio un trato diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante **Highmark BCBSWNY** por los siguientes medios:

Correo: Member Complaints and Appeals Department  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429  
Teléfono: 844-401-2292 (para servicios TTY/TDD, llame al 711)  
Fax: 844-759-5954  
En persona: Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
257 West Genesee Street, #110  
Buffalo, NY 14202

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights por los siguientes medios:

Web: Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
Correo: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Los formularios de queja están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html)  
Teléfono: 800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)



## **Esta es su cláusula adicional de Child Health Plus para la expansión del área de servicio emitida por Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York**

Esta cláusula adicional enmienda los párrafos de su contrato o plan grupal (póliza) actual emitida por Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York (Highmark BCBSWNY) concerniente a la expansión del área de servicio.

1. **Expansión del área de servicio.** Con fecha de vigencia del 1 de enero de 2018, Highmark BCBSWNY estará expandiendo su área de servicio para incluir los condados Genesee y Niagara.
2. **Otras disposiciones.** Todas las otras disposiciones contenidas en su contrato o plan grupal aplican a esta cláusula adicional, excepto según se modifiquen específicamente por esta cláusula adicional.

Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York  
257 West Genesee St.  
Buffalo, NY 14202

**Dr. Michael Edbauer**  
**Presidente y Director Ejecutivo**  
**Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York**

**[bcbswny.com/stateplans](http://bcbswny.com/stateplans)**

Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York es el nombre comercial de Highmark Western and Northeastern New York Inc., un licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

# Contrato del suscriptor de Child Health Plus



Western New York  
[bcbswny.com/stateplans](http://bcbswny.com/stateplans)

## **Contrato del suscriptor de Child Health Plus**

**Retention  
P.O. Box 38  
Buffalo, NY 14240-0038**

**Servicios al Miembro: 866-231-0847 (TTY 711)  
[bcbswny.com/stateplans](http://bcbswny.com/stateplans)**

### **CONTRATO DEL SUSCRIPTOR**

Este es su contrato de Child Health Plus con Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York. El mismo le concede derecho a los beneficios definidos en el contrato. La cobertura comienza en la fecha efectiva establecida en su tarjeta de identificación. Este contrato continuará en efecto a menos que sea terminado por cualquiera de los motivos descritos en él.

### **AVISO DEL DERECHO DE 10 DÍAS PARA EXAMINAR EL CONTRATO**

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

### **AVISO IMPORTANTE**

Excepto según lo establecido en este contrato, todos los servicios deben ser suministrados, organizados, o autorizados por su médico de cuidado primario (PCP). Debe ponerse en contacto con su PCP por anticipado con el fin de recibir beneficios, excepto por el cuidado de emergencia descrito en la Sección Cinco, cierto cuidado obstétrico y ginecológico descrito en la Sección Cuatro, cuidado de la vista descrito en la Sección Ocho, y cuidado dental descrito en la Sección Nueve de este contrato.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

## ÍNDICE

SECCIÓN UNO — INTRODUCCIÓN.....	4
SECCIÓN DOS — QUIÉN ESTÁ CUBIERTO .....	6
SECCIÓN TRES — BENEFICIOS DE HOSPITAL.....	7
SECCIÓN CUATRO — SERVICIOS MÉDICOS.....	8
SECCIÓN CINCO — CUIDADO DE EMERGENCIA.....	10
SECCIÓN SEIS — SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNO POR EL USO DE SUSTANCIAS.....	11
SECCIÓN SIETE — OTROS SERVICIOS CUBIERTOS .....	11
SECCIÓN OCHO — CUIDADO DE LA VISTA.....	18
SECCIÓN NUEVE — CUIDADO DENTAL.....	19
SECCIÓN DIEZ — INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE CÓMO FUNCIONA ESTE PLAN.....	21
SECCIÓN ONCE — LIMITACIONES Y EXCLUSIONES .....	23
SECCIÓN DOCE — PRIMAS POR ESTE CONTRATO.....	25
SECCIÓN TRECE — TERMINACIÓN DE COBERTURA.....	26
SECCIÓN CATORCE — DERECHO A UN NUEVO CONTRATO DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN .....	27
SECCIÓN QUINCE — PROCEDIMIENTO DE RECLAMO Y APELACIONES DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIO .....	27
SECCIÓN DIECISÉIS — APELACIÓN EXTERNA .....	34
SECCIÓN DIECISIETE — REVISIÓN DE UTILIZACIÓN.....	37
SECCIÓN DIECIOCHO — DISPOSICIONES GENERALES .....	44

## SECCIÓN UNO — INTRODUCCIÓN

1. **Programa Child Health Plus.** Este contrato está siendo emitido de conformidad con un programa especial del New York State Department of Health (DOH) diseñado para proveer cobertura subsidiada de seguro de salud para niños no asegurados en el New York State. Lo inscribiremos en el programa Child Health Plus si cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por el New York State y tendrá derecho a los servicios de cuidado de la salud descritos en este contrato. Usted y/o el adulto responsable, según lo listado en la solicitud, debe informarnos de cualquier cambio de estado, tal como residencia, ingresos, u otro seguro, que pueda hacerlo inelegible para participar en Child Health Plus en un plazo de 60 días después del cambio.
2. **Cuidado de la salud a través de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO).** Este contrato ofrece cobertura a través de una HMO. En una HMO, todo el cuidado debe ser necesario por motivos médicos y suministrado, organizado o autorizado por anticipado por su proveedor de cuidado primario (PCP). Excepto por el cuidado de emergencia, para ciertos servicios obstétricos y ginecológicos y para servicios de la vista y dentales, no hay cobertura para cuidado que reciba sin la aprobación de su PCP. Además, la cobertura solo es proporcionada para cuidado brindado por un proveedor participante, excepto en una emergencia o cuando su PCP lo refiere a un proveedor no participante.

Es su responsabilidad seleccionar un PCP de la lista de los PCP al inscribirse para este plan. Puede cambiar su PCP llamando a nuestro departamento de Servicios al Miembro al 866-231-0847 (TTY 711). A lo largo de este contrato, el PCP que usted haya elegido se denomina como su PCP.

3. **Palabras que usamos.** A lo largo de este contrato, Highmark BCBSWNY será denominada como *nosotros, nos, o nuestro*. Las palabras *usted, suyo, o suyos* se refieren a usted, el niño para el cual es emitido este contrato, y quien es nombrado en la tarjeta de identificación.
4. **Definiciones.** Las siguientes definiciones aplican a este contrato:
  - A. **Contrato** significa este documento. Conformar el acuerdo legal entre usted y nosotros. Conserve este contrato con sus documentos importantes, de modo que esté disponible para su referencia.
  - B. **Condición de emergencia** significa una condición médica o del comportamiento, cuyo inicio es repentino, con síntomas de gravedad suficiente, incluyendo un dolor severo, por lo cual una persona común prudente, que posea un conocimiento promedio de salud y medicina, podría razonablemente esperar que la ausencia de cuidado de la salud inmediato podría producir cualquiera de lo siguiente:
    - Poner la salud de la persona afligida con dicha condición en riesgo grave, o, en el caso de una condición del comportamiento, poner la salud de dicha persona o de otras personas en riesgo grave
    - Deficiencia grave de las funciones corporales de dicha persona
    - Disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal de dicha persona
    - Desfiguración grave de dicha persona

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

- C. **Servicios de emergencia** significa aquellos servicios hospitalarios médicos y ambulatorios necesarios para el tratamiento de una condición de emergencia.
- D. **Hospital** significa un centro definido en el Article 28 de la Public Health law que:
- Está principalmente dedicado a proveer, por y bajo la supervisión continua de médicos, a pacientes internados, servicios de diagnóstico y servicios terapéuticos para diagnósticos, tratamiento, y cuidado de personas lesionadas o enfermas.
  - Tenga departamentos organizados de medicina y cirugía mayor.
  - Tenga el requisito de que cada paciente debe estar bajo el cuidado de un médico o dentista.
  - Provea un servicio de enfermería las 24 horas por o bajo la supervisión de una enfermera profesional certificada (RN).
  - Si está ubicado en el New York State, tenga en vigencia un plan de revisión de hospitalización aplicable para todos los pacientes que cumplan al menos los estándares establecidos en la Section 1861 (k) of United States Public Law 89-97 (42 USCA 1395xk).
  - Esté debidamente autorizado por la agencia responsable por la autorización de dichos hospitales.
  - No es, aparte de incidentalmente, un lugar de descanso, un lugar principalmente para el tratamiento de la tuberculosis, un lugar para los ancianos, un lugar para los adictos a las drogas o los alcohólicos o un lugar para cuidado de convalecencia, de custodia, educativo, o de rehabilitación.
- E. **Necesario por motivos médicos** significa aquellos servicios de salud que el PCP del miembro o su designado determinen esenciales para la salud del miembro de acuerdo con los estándares profesionales aceptados en la comunidad médica de dicho médico. En caso de un desacuerdo en cuanto a la necesidad médica de un servicio particular del cuidado de la salud, el director médico hará la determinación final de si es necesario por motivos médicos, sujeto a los procedimientos de reclamo de Highmark BCBSWNY y a la conformidad con el contrato de Child Health Plus.
- F. **Hospital participante** significa un hospital que tenga un acuerdo con nosotros para proveer servicios cubiertos a nuestros miembros.
- G. **Farmacia participante** significa una farmacia que tenga un acuerdo con nosotros para proveer servicios cubiertos a nuestros miembros.
- H. **Médico participante** significa un médico que tenga un acuerdo con nosotros para proveer servicios cubiertos a nuestros miembros.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

- I. **Proveedor participante** significa cualquier médico, hospital, agencia del cuidado de la salud en el hogar, laboratorio, farmacia, u otra entidad participante que tenga un acuerdo con nosotros para proveer servicios cubiertos a nuestros miembros. No pagaremos por servicios médicos de un proveedor no participante excepto en una emergencia o cuando su PCP lo envíe a ese proveedor no participante (con nuestra aprobación).
- J. **Proveedor de cuidado primario (PCP)** significa el médico participante que usted seleccione al afiliarse, o al que se cambie después de acuerdo con nuestras reglas y que provea u organice todos sus servicios cubiertos del cuidado de la salud.
- K. **Área de servicio** significa los siguientes condados: Allegany, Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans, Wyoming. Debe residir en el área de servicio para estar cubierto bajo este contrato.

## SECCIÓN DOS — QUIÉN ESTÁ CUBIERTO

1. **Quién está cubierto bajo este contrato.** Usted está cubierto bajo este contrato si cumple con todos los requisitos siguientes:
  - Es menor de 19 años de edad.
  - No tiene otra cobertura de cuidado de la salud.
  - No es elegible para Medicaid.
  - Es residente permanente del New York State y residente de nuestra área de servicio.
  - Su padre o tutor no es un empleado público con acceso a cobertura familiar de seguro de salud por parte de un plan estatal de beneficios de salud y el estado o agencia pública paga todo o parte del costo de la cobertura familiar.
  - No es un interno de una institución pública o un paciente de una institución para enfermedades mentales.
2. **Recertificación.** Revisaremos su solicitud para cobertura con el fin de determinar si cumple los requisitos de elegibilidad de Child Health Plus. Usted nos debe volver a presentar periódicamente una solicitud, de modo que podamos determinar si todavía cumple con los requisitos de elegibilidad. Este proceso se llama recertificación. Si más de un niño de su familia está cubierto actualmente por nosotros, la fecha de recertificación para todos los niños de su familia cubiertos por nosotros es el mes asignado al niño que tenga la fecha de recertificación más cercana a o después del 1 de octubre de 2000. Usted debe recertificar una vez cada año, a menos que otro niño de su familia solicite cobertura con nosotros después de que usted esté cubierto. En caso de que otro niño de su familia solicite cobertura con nosotros, entonces usted debe recertificar a todos los niños cuando ese niño solicite cobertura. En lo sucesivo, todos los niños de su familia cubiertos por nosotros se recertificarán una vez al año en la misma fecha.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

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

Llame a Servicios al Miembro al 866-231-0847 (TTY 711) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquiera de sus beneficios, cuidado, o servicios.

## SECCIÓN TRES — BENEFICIOS DE HOSPITAL

1. **Cuidado en un hospital.** Usted está cubierto por cuidado necesario por motivos médicos como paciente hospitalizado si se cumplen todas las condiciones siguientes:
  - Excepto si es admitido al hospital en una emergencia o su PCP ha hecho arreglos para su admisión a un hospital no participante, el hospital debe ser un hospital participante
  - Excepto en una emergencia, su admisión es autorizada por anticipado por su PCP
  - Usted debe ser un paciente de cama registrado para el tratamiento adecuado de una enfermedad, lesión o condición que no pueda ser tratada de forma ambulatoria
2. **Servicios de hospitalización cubiertos.** Los servicios de hospitalización cubiertos bajo este contrato incluyen los siguientes:
  - Cama y comida diaria, incluyendo dieta especial, y terapia nutricional
  - Servicios de enfermería para cuidado general, especial, y crítico, pero no servicios de enfermera privada
  - Centros, servicios, suministros, y equipos relacionados con operaciones quirúrgicas, centros de recuperación, anestesia, y centros para cuidado intensivo o especial
  - Oxígeno y otros servicios y suministros terapéuticos de inhalación
  - Drogas y medicamentos que no sean experimentales
  - Sueros, productos biológicos, vacunas, preparaciones intravenosas, apósitos, moldes, y materiales para estudios diagnósticos
  - Productos sanguíneos, excepto cuando esté disponible la participación en un programa voluntario de reemplazo de sangre
  - Centros, servicios, suministros, y equipos relacionados con estudios diagnósticos y el monitoreo de funciones fisiológicas, incluyendo estudios y exámenes de laboratorio, patológicos, cardiográficos, endoscópicos, radiológicos, y electroencefalográficos
  - Centros, servicios, y suministros relacionados con medicina física y terapia y rehabilitación ocupacional
  - Centros, servicios, suministros, y equipos relacionados con terapia de radiación y nuclear
  - Centros, servicios, suministros, y equipos relacionados con cuidado de la salud de emergencia
  - Centros, servicios, suministros, y equipos relacionados con salud mental y servicios para abuso de sustancias y abuso del alcohol
  - Quimioterapia

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

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

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

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

4. **Limitaciones y exclusiones**

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

## SECCIÓN CUATRO — SERVICIOS MÉDICOS

1. **Su PCP debe suministrar, organizar, o autorizar todos los servicios médicos.**

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

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

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

2. **Servicios médicos cubiertos.** Pagaremos por los siguientes servicios médicos:

A. **Cuidado general médico y de especialistas, incluyendo consultas.**

B. **Servicios de salud preventiva y exámenes físicos.** Pagaremos por servicios de salud preventiva incluyendo:

- Visitas de niño sano de conformidad con el programa de visitas establecido por la American Academy of Pediatrics.
- Educación y consejería nutricional.
- Examen de audición.
- Servicios sociales médicos.
- Examen de detección de la vista.
- Inmunizaciones de rutina de conformidad con el programa recomendado de inmunizaciones del Advisory Committee on Immunization Practices.
- Análisis de tuberculina.
- Exámenes de detección dentales y del desarrollo.
- Análisis radiológicos y de laboratorio clínico.
- Examen de detección de plomo.

C. **Diagnóstico y tratamiento de enfermedades, lesiones, u otras condiciones.**

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

- Cirugía ambulatoria realizada en el consultorio de un proveedor o en un centro de cirugía ambulatoria, incluyendo servicios de anestesia.
- Análisis de laboratorio, radiografías, y otros procedimientos diagnósticos.
- Diálisis renal.
- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Inyecciones y medicamentos administrados en el consultorio de un médico.
- Segunda opinión quirúrgica de un especialista certificado por la junta médica.
- Segunda opinión médica proporcionada por un especialista apropiado, incluyendo uno afiliado con un centro de especialidades, cuando se haya dado un diagnóstico positivo o negativo de cáncer, o una recomendación de un curso de tratamiento de cáncer.
- Pruebas audiométricas necesarias por motivos médicos.
- Servicios para la salud de la mujer y para cáncer en contrato, que incluyen tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfodema en una forma determinada en consulta con su proveedor tratante.

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

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

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

F. **Servicios obstétricos y ginecológicos.** Pagaremos por servicios obstétricos y ginecológicos, incluyendo servicios prenatales, durante el parto, y postparto con respecto al embarazo. No necesita la autorización de su PCP para cuidado relacionado con el embarazo si busca cuidado de un proveedor participante calificado de servicios obstétricos y ginecológicos. También puede recibir los siguientes servicios de un proveedor participante calificado de servicios obstétricos y ginecológicos sin la autorización de su PCP:

- Hasta dos exámenes anuales para cuidado obstétrico y ginecológico primario y preventivo
- Cuidado requerido como resultado de los exámenes anuales o como resultado de una condición ginecológica aguda

G. **Examen de detección de cáncer de cuello uterino.** Si usted es mujer de 18 años de edad en adelante, pagaremos por un examen de detección de cáncer de cuello uterino anual, un examen pélvico anual, prueba de Papanicolau, y evaluación del Papanicolau. Si usted es mujer menor de 18 años de edad y es sexualmente activa, pagaremos por un examen pélvico anual, prueba de Papanicolau, y evaluación del Papanicolau. También pagaremos por exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual.

Llame a Servicios al Miembro al 866-231-0847 (TTY 711) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquiera de sus beneficios, cuidado, o servicios.

## SECCIÓN CINCO — CUIDADO DE EMERGENCIA

1. **Visitas a la sala de emergencias de un hospital.** Pagaremos por servicios de emergencia ofrecidos en la sala de emergencias de un hospital. Puede ir directamente a cualquier sala de emergencias para buscar cuidado. No tiene que llamar primero a su PCP. El cuidado de emergencia no está sujeto a nuestra aprobación previa.

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

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

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

2. **Admisiones hospitalarias de emergencia.** Si es admitido al hospital, usted o alguien en su nombre deben notificarnos en un plazo de 24 horas de su admisión o lo más razonablemente pronto posible. Si es admitido a un hospital no participante, tal vez pidamos que sea trasladado a un hospital participante tan pronto como lo permita su condición.
3. **Servicios médicos prehospitalarios de emergencia.** Pagaremos por servicios médicos prehospitalarios de emergencia, incluyendo evaluación y tratamiento rápidos de una condición de emergencia y/o transporte no aéreo suyo a un hospital. La cobertura para dicho transporte está basada en si una persona común y prudente, que posea un conocimiento promedio de medicina y salud, podría esperar razonablemente que la ausencia de dicho transporte resulte en:
  - Poner la salud de la persona afligida con dicha condición en riesgo grave, o en el caso de una condición del comportamiento, poner la salud de dicha persona o de otras personas en riesgo grave.
  - Deterioro grave de las funciones corporales de dicha persona.
  - Disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal de dicha persona.
  - Desfiguración grave de dicha persona.

## **SECCIÓN SEIS — SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y TRASTORNO POR EL USO DE SUSTANCIAS**

1. **Servicios en hospitalización de salud mental y trastornos por el uso de sustancias.** Pagaremos por servicios de salud mental en hospitalización y servicios de trastorno por el uso de sustancias en hospitalización cuando sean brindados en un centro que sea uno de los siguientes:
  - Esté operado por la Office of Mental Health bajo la Sec. 7.17 de la Mental Hygiene Law
  - Le hayan emitido un certificado de operación de conformidad con el Article 23 o el Article 31 de la Mental Hygiene Law
  - Un hospital general según lo definido en el Article 28 de la Public Health Law
2. **Visitas ambulatorias para tratamiento de condiciones de salud mental y para tratamiento de trastorno por el uso de sustancias.** Pagaremos por visitas ambulatorias para diagnosticar y tratar condiciones de salud mental y trastornos por el uso de sustancias. También pagaremos por visitas ambulatorias para sus familiares, si estas visitas están relacionadas con su salud mental o el tratamiento de trastorno por el uso de sustancias.

## **SECCIÓN SIETE — OTROS SERVICIOS CUBIERTOS**

1. **Equipos y suministros diabéticos.** Pagaremos por los siguientes equipos y suministros para

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

el tratamiento de la diabetes. Estos deben ser necesarios por motivos médicos y recetados o recomendados por su PCP u otro proveedor participante legalmente autorizado para recetar según el Title 8 de la New York State Education Law:

- Monitores de glucosa en la sangre
- Monitores de glucosa en la sangre para personas con discapacidad visual
- Sistemas de administración de datos
- Tiras de prueba para monitores y lectura visual
- Tiras reactivas para exámenes de orina
- Dispositivos para inyecciones
- Cartuchos para las personas con problemas de vista
- Insulina
- Jeringas
- Bombas de insulina y accesorios para las mismas
- Dispositivos para la infusión de insulina
- Agentes orales
- Equipo adicional y suministros designados por el Commissioner of Health como apropiados para el tratamiento de la diabetes

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

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

3. **Equipos médicos duraderos, aparatos protésicos, y dispositivos ortóticos.**

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

- Bastones.
- Muletas.
- Camas de hospital y accesorios.
- Oxígeno y suministros de oxígeno.
- Almohadillas de compresión.
- Ventiladores de volumen.
- Ventiladores terapéuticos.
- Nebulizadores y otros equipos para cuidado respiratorio.
- Equipo de tracción.
- Caminadoras, sillas de ruedas, y accesorios.
- Sillas para inodoro y barandas para inodoro.
- Monitores de apnea.
- Elevadores para pacientes.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

- Bombas de infusión para nutrición.
- Bombas de infusión ambulatorias.
- Fórmula enteral y suplementos nutricionales son provistos a través de DME como un beneficio médico en lugar de un beneficio farmacéutico y se deben obtener a través del proveedor de DME y se necesitará tener autorización previa. La fórmula enteral y los suplementos nutricionales están cubiertos para:
  - Niños que tienen trastornos metabólicos o de absorción.
  - Personas que tienen trastornos metabólicos raros y congénitos.
  - Personas alimentadas por medio de un tubo que no pueden masticar o tragar.

B. **Aparatos protésicos.** Pagaremos por aparatos y dispositivos ordenados por un profesional calificado que reemplacen cualquier parte faltante del cuerpo, excepto que no hay cobertura para prótesis craneales (ejemplo: pelucas). Además, las prótesis dentales están excluidas de la cobertura bajo esta sección, excepto aquellas que sean necesarias debido a una lesión accidental de dientes naturales sanos y proporcionados en un plazo de 12 meses desde el accidente y/o necesarias en el tratamiento de una anomalía congénita o como parte de cirugía reconstructiva.

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

#### 4. Medicamentos recetados y sin recetas.

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

B. **Montos de copago.** Como parte del plan CHP, los miembros tienen un copago de \$0 por los beneficios de medicamentos recetados.

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

Nuestros miembros tienen acceso a la mayoría de las farmacias de cadenas nacionales y a muchas farmacias minoristas independientes. Nuestra red de farmacias consta de más de 2,000 farmacias en los condados Allegany, Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Orleans, Genesee, Niagara, y Wyoming. Incluye a CVS Pharmacy, Rite Aid Pharmacy, Tops Pharmacy, Wegmans Pharmacy y cadenas nacionales y minoristas independientes a lo largo del estado.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

Todos los miembros deben usar una farmacia de la red de Highmark BCBSWNY al surtir recetas con el fin de que los beneficios sean cubiertos. Para ubicar una farmacia de la red, vaya a <https://findcare.mybcbswny.com/search-providers>.

D. **Límites mensuales.** La mayoría de los medicamentos recetados están limitados a un suministro máximo de 30 días por surtido. Los miembros que usan medicamentos controladores para el asma selectos, tales como Flovent y Breo Ellipta, son elegibles para recibir un suministro de 90 días en una farmacia minorista por \$0 de copago. Llame a Servicios al Miembro si tiene preguntas.

E. **Exclusiones y limitaciones.** Bajo esta sección, no pagaremos por lo siguiente:

- Administración o inyección de cualquier medicamento
- Reemplazo de recetas perdidas o robadas
- Medicamentos recetados usados solamente con fines cosméticos, a menos que sean necesarios por motivos médicos
- Medicamentos experimentales o investigativos, a menos que sean recomendados por un agente externo de apelaciones
- Suplementos nutricionales sin necesidad médica
- Medicamentos no aprobados por la FDA, excepto medicamentos recetados aprobados por la FDA para el tratamiento del cáncer cuando el medicamento sea recetado para un tipo de cáncer distinto al tipo para el cual se obtuvo aprobación de la FDA. Sin embargo, el medicamento debe ser reconocido para el tratamiento del tipo de cáncer para el que ha sido recetado por una de estas publicaciones:
  - AMA Drug Evaluations
  - The NCCN Compendium
  - American Hospital Formulary Service
  - U.S. Pharmacopeia Drug Information
  - Un artículo sobre un estudio o un comentario editorial en una importante publicación profesional revisada por colegas
- Dispositivos y suministros de cualquier clase, excepto dispositivos contraceptivos o para planificación familiar, termómetros basales, condones masculinos y femeninos, y diafragmas
- Medicamentos recetados y productos biológicos y la administración de estos medicamentos y productos biológicos que sean suministrados con el fin de causar o ayudar en la muerte, suicidio, eutanasia, u homicidio piadoso de una persona
- Medicamentos recetados usados con el fin de tratar la disfunción eréctil

5. **Cuidado de la salud en el hogar.** Nosotros pagaremos por hasta 40 visitas por año calendario para cuidado médico en el hogar provisto por una agencia para el cuidado de la salud en el hogar certificada que sea un proveedor participante. Pagaremos por cuidado de la salud en el hogar solo si usted tuviese que ser admitido a un hospital si no se proporcionara cuidado en el hogar.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

El cuidado en el hogar incluye uno o más de los siguientes servicios:

- Cuidado de enfermería en el hogar de tiempo parcial o intermitente por o bajo la supervisión de una enfermera profesional certificada
- Servicios de auxiliar de salud en el hogar de tiempo parcial o intermitentes que consistan principalmente de cuidados para el paciente
- Terapia física, ocupacional, o del habla si es provista por una agencia de salud en el hogar; y suministros médicos, medicamentos, y medicaciones recetadas por un médico o servicios de laboratorio por o a nombre de una agencia para el cuidado de la salud en el hogar certificada hasta el grado que dichos artículos hubieran estado cubiertos si la persona cubierta estaba en un hospital

6. **Análisis de preadmisión.** Pagaremos por análisis de preadmisión cuando sean realizados en el hospital donde está programada la cirugía si:
- Se han hecho reservaciones por una cama de hospital y una sala de operaciones en ese hospital antes de realizar los análisis.
  - Su médico ha ordenado los análisis.
  - La cirugía se realiza en un plazo de siete días de dichos análisis de preadmisión.

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

7. **Habla y escucha.** Pagaremos por servicios de habla y escucha, incluyendo prótesis auditivas, baterías y reparaciones para prótesis auditivas. Estos servicios incluyen un examen auditivo por año para determinar la necesidad de acciones correctivas. La terapia del habla requerida para una condición influenciada por una mejora clínica significativa dentro de un periodo de dos meses, comenzando con el primer día de terapia, será cubierta cuando sea realizada por un audiólogo, patólogo del lenguaje, un terapeuta del habla, y/o un otorrinolaringólogo.
8. **Servicios de hospicio.** Proporcionaremos cobertura de servicios de hospicio brindados por una organización de hospicio certificada bajo el Artículo 40 de la New York State Public Health Law para miembros certificados por un médico como enfermos terminales con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Todos los servicios deben ser proporcionados de acuerdo con un plan de cuidado por escrito. Los servicios de hospicio incluyen cinco visitas de miembros de la familia para consejería de duelo.
9. **Factor de coagulación de sangre.** Pagaremos por productos de factor de coagulación de sangre y otros tratamientos y servicios suministrados en relación con el cuidado de hemofilia y otras deficiencias de la proteína de coagulación de sangre de forma ambulatoria. Pagaremos por productos y servicios de coagulación de sangre cuando la infusión ocurra en un entorno ambulatorio o en el hogar por parte de una agencia de cuidado de la salud en el hogar, por un padre o tutor legal de un niño que tenga un entrenamiento apropiado, o por un niño que sea capaz física y evolutivamente de autoadministrarse dichos productos.
10. **Equipos y suministros para ostomía.** Pagaremos por equipos y suministros para ostomía

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

recetados por un proveedor certificado de cuidado de la salud legalmente autorizado para recetar bajo el Title Eight de la Education Law.

11. **Trastorno del espectro autista.** Proporcionaremos cobertura para los siguientes servicios cuando estos sean recetados u ordenados por un médico certificado o un psicólogo certificado y que sean determinados por nosotros que son necesarios por motivos médicos para el examen de detección, diagnóstico, y tratamiento del trastorno del espectro autista. Para propósitos de esta sección, “trastorno del espectro autista” significa cualquier trastorno generalizado del desarrollo definido en la edición más reciente del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders al momento en que los servicios son proporcionados, incluyendo el trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, y trastorno generalizado del desarrollo que de otra manera no ha sido especificado (PDD-NOS).

A. **Examen de detección y diagnóstico.** Proporcionaremos cobertura para valoraciones, evaluaciones y análisis para determinar si alguien tiene un trastorno del espectro autista.

B. **Dispositivos de ayuda para comunicación.** Cubriremos una evaluación formal por parte de un patólogo del habla-lenguaje para que determine la necesidad de un dispositivo de ayuda para comunicación. Con base en la evaluación formal, proporcionaremos cobertura para alquilar o comprar dispositivos de ayuda para comunicación cuando sean ordenados o recetados por un médico o psicólogo certificado a miembros que no puedan comunicarse a través de medios normales (esto es, hablado o escrito) cuando la evaluación indique que probablemente un dispositivo de ayuda para comunicación le proporciona al miembro una mejor comunicación. Ejemplos de dispositivos de ayuda para comunicación incluyen tablas de comunicación y dispositivos generadores del habla. Nuestra cobertura se limita a dispositivos dedicados; solamente cubriremos los dispositivos que generalmente no son útiles para una persona en la ausencia de una deficiencia de comunicación. Determinaremos si el dispositivo se deberá comprar o alquilar. No cubriremos artículos, tales como, pero no limitados a, computadoras portátiles, de escritorio o tabletas. No obstante, cubriremos el software y/o aplicaciones que permitan que una computadora portátil, de escritorio o tableta funcione como un dispositivo generador de habla. La instalación del programa y/o soporte técnico no es reembolsable en forma separada. La reparación y reemplazo de dichos dispositivos están cubiertos cuando se haga necesario debido al desgaste y deterioro normal. No se cubrirán la reparación y reemplazo que se hagan necesarios debido a la pérdida o daño ocasionado por el mal uso, maltrato, o robo; no obstante, cubriremos un reemplazo o reparación por tipo de dispositivo que sea necesario debido a problemas del comportamiento. La cobertura se proporcionará para el dispositivo más adecuado para el nivel funcional actual del miembro. No se proporcionará cobertura para el costo adicional del equipo o accesorios que no sean necesarios por motivos médicos. No proporcionaremos cobertura para los cargos de entrega o servicio o para el mantenimiento de rutina. Se requiere una aprobación previa de los dispositivos de ayuda para comunicación. Consulte los procedimientos de aprobación previa en su contrato.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

**B. Se requiere una aprobación previa de los dispositivos de ayuda para comunicación.**

Consulte los procedimientos de aprobación previa en su contrato.

**C. Tratamiento de salud del comportamiento.** Proporcionaremos cobertura para programas de consejería y tratamiento que sean necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, hasta el grado máximo practicable, el funcionamiento de una persona. Proporcionaremos dicha cobertura cuando sea provista por un proveedor autorizado. Proporcionaremos cobertura para el análisis del comportamiento aplicado cuando sea provisto por un analista del comportamiento autorizado de conformidad con la Behavior Analyst Certification Board o una persona que esté supervisada por dicho analista y quien esté sujeto a los estándares en las regulaciones promulgadas por del New York Department of Financial Services en consulta con los New York Departments of Health and Education. “Análisis del comportamiento aplicado” significa el diseño, implementación, y evaluación de modificaciones ambientales, al usar estímulos y consecuencias conductuales, para crear una mejora significativa socialmente en el comportamiento humano, incluyendo el uso de observación directa, medida, y análisis funcional de la relación entre el ambiente y el comportamiento. El programa de tratamiento debe describir las metas medibles para considerar la condición y deficiencias funcionales para la cual se aplica la intervención e incluye metas desde una evaluación inicial y las siguientes evaluaciones temporales durante la duración de la intervención en términos objetivos y medibles. Nuestra cobertura de los servicios de análisis del comportamiento aplicado está limitado a 680 horas por miembro por año de contrato.

**D. Cuidado psiquiátrico y psicológico.** Proporcionaremos cobertura para servicios directos o consultativos ofrecidos por un psiquiatra, psicólogo, o trabajador social clínico certificado quienes estén autorizados en el estado en el cual estén practicando.

**E. Cuidado terapéutico.** Proporcionaremos cobertura para servicios terapéuticos necesarios para desarrollar, mantener, o restaurar, en el mayor grado practicable, el funcionamiento de la persona cuando se proporcionan los servicios por parte de terapeutas autorizados o certificados del habla, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos y trabajadores sociales para tratar el trastorno del espectro autista y cuando los servicios provistos por dichos proveedores están, de otra forma, cubiertos bajo este contrato. Excepto a que de otra forma esté prohibido por la ley, los servicios provistos según este párrafo estén incluidos en cualesquiera máximos de visitas agregadas aplicables a los servicios de dichos terapeutas o trabajadores sociales bajo este contrato.

**F. Atención de farmacia.** Proporcionaremos cobertura para medicamentos recetados para tratar el trastorno del espectro autista que sean recetados por un proveedor legalmente autorizado para recetar bajo el Title Eight de la Education Law. Nuestra cobertura de dichos medicamentos recetados está sujeta a todos los términos, disposiciones, y limitaciones que aplican a los beneficios del medicamento recetado bajo su contrato.

**G.** Proporcionaremos cobertura para los servicios o tratamientos establecidos anteriormente cuando dichos servicios o tratamientos sean provistos de conformidad con un plan de educación individualizado bajo la Education law.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

12. **Transporte.** Pagaremos por servicios de ambulancia para servicios de prehospitalización, incluyendo evaluación rápida y tratamiento de una condición de emergencia.

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

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

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

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

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

Llame a Servicios al Miembro al 866-231-0847 (TTY 711) si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con cualquiera de sus beneficios, cuidado, o servicios.

## SECCIÓN OCHO — CUIDADO DE LA VISTA

1. **Cuidado de la vista de emergencia, preventivo y de rutina.** Pagaremos por cuidado de la vista de emergencia, preventivo o de rutina. No necesita la autorización de su PCP para cuidado de la vista cubierto si busca cuidado de un proveedor participante calificado de servicios de cuidado de la vista.

2. **Exámenes de la vista.** Pagaremos por exámenes de la vista con el fin de determinar la necesidad de lentes correctivos, y de ser necesario, para proveer una receta para lentes correctivos. Pagaremos por un examen de la vista en cualquier periodo de 12 meses, a menos que se requieran con mayor frecuencia con la documentación apropiada.

El examen de la vista puede incluir, pero no está limitado a:

- Historial del caso.
- Examen externo del ojo o examen interno del ojo.
- Examen oftalmoscópico.
- Determinación de estado refractivo.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

- Distancia binocular.
  - Análisis tonométricos para glaucoma.
  - Análisis de campos visuales brutos y visión de colores.
  - Resumen de hallazgos y recomendación para lentes correctivos.
3. **Lentes recetados.** Pagaremos por lentes recetados estándares de calidad una vez en cualquier periodo de 12 meses, a menos que se requieran con mayor frecuencia con la documentación apropiada. Los lentes recetados pueden ser de vidrio o plástico.
  4. **Marcos.** Pagaremos por marcos estándares adecuados para soportar lentes en cualquier periodo de 12 meses, a menos que se requieran con mayor frecuencia con la documentación apropiada. Si es médicamente justificado, serán cubiertas más de un par de anteojos.
  5. **Lentes de contacto.** Pagaremos por lentes de contacto solo cuando se consideren necesarios por motivos médicos.

## SECCIÓN NUEVE — CUIDADO DENTAL

1. **Cuidado dental.** Pagaremos por los servicios de cuidado dental establecidos en este contrato cuando busque cuidado de un proveedor certificado participante de servicios dentales.
2. **Cuidado dental de emergencia.** Pagaremos por cuidado dental de emergencia, el cual incluye tratamiento de emergencia requerido para aliviar dolor y sufrimiento ocasionado por enfermedad o trauma dental.
3. **Cuidado dental preventivo.** Pagaremos por cuidado dental preventivo, el cual incluye procedimientos que ayudan a evitar la aparición de enfermedades orales, incluyendo:
  - Profilaxis (raspado y pulimento de los dientes en intervalos de seis meses).
  - Aplicación de fluoruro tópico en intervalos de seis meses donde el suministro de agua local no esté fluorado.
  - Selladores sobre molares permanentes no restaurados.
4. **Cuidado dental de rutina.** Pagaremos por cuidado dental de rutina, incluyendo:
  - Exámenes dentales, visitas y consultas cubiertas una vez dentro de un periodo de seis meses consecutivos (al salir los dientes primarios).
  - Radiografías de toda la boca en intervalos de 36 meses de ser necesarias, radiografías con alas de mordida en intervalos de 6 a 12 meses, o radiografías panorámicas en intervalos de 36 meses de ser necesarias y otras radiografías según la necesidad (una vez salgan los dientes primarios).
  - Todos los procedimientos necesarios para extracciones simples y otra cirugía dental de rutina que no requiera hospitalización, incluyendo cuidado preoperatorio y postoperatorio.
  - Sedación consciente en el consultorio.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

- Amalgamas, restauraciones de compuestos y coronas de acero inoxidable.
  - Otros materiales restaurativos apropiados para niños.
5. **Endodoncia.** Pagaremos por servicios de endodoncia, incluyendo todos los procedimientos necesarios para el tratamiento de cámara pulpar y canales pulpares afectados, donde no se requiera hospitalización.
6. **Periodoncia.** Pagaremos por servicios periodontales, excepto por servicios en anticipación de, o conducentes a, ortodoncia.
7. **Prostodoncia.** Pagaremos por servicios de prostodoncia de la siguiente manera:
- Dentaduras removibles completas o parciales, incluyendo seis meses de cuidado de seguimiento. Los servicios adicionales incluyen la identificación de dientes flojos, reparaciones, recubrimientos y rebasados, y tratamiento del paladar hendido.
  - Los puentes fijos no están cubiertos a menos que se requieran:
    - Para reemplazo de un solo diente superior anterior (colmillo o cúspide central/lateral) en un paciente con aparte de eso un complemento total de dientes naturales, funcionales, y/o restaurados
    - Para estabilización de paladar hendido
    - Debido a la presencia de cualquier condición neurológica o fisiológica que podría impedir la colocación de una prótesis removible, según lo demostrado por documentación médica
  - Los retenedores de espacios unilaterales o bilaterales están cubiertos para colocación en una dentadura restaurada transitoria y/o mixta para mantener espacio para dientes permanentes en desarrollo normal.
8. **Ortodoncia.** Se requiere una aprobación previa para la cobertura de ortodoncia. Incluye los procedimientos que ayudan a restaurar las estructuras orales hasta la salud y función y para tratar condiciones médicas graves tales como paladar hendido y labio leporino; micrognasia maxilar/mandibular (quijada superior o inferior no desarrollada); prognatismo mandibular extremo; asimetría severa (anormalidades craneofaciales); anquilosis de la unión temporomandibular; y otras displasias esqueléticas significativas.

Los servicios de ortodoncia no están cubiertos si el niño no cumple con los criterios descritos anteriormente.

Los procedimientos incluyen, pero no se limitan a:

- Expansión rápida palatina (RPE)
- Colocación de partes de componentes (por ejemplo, correctores dentales, bandas)
- Tratamiento interceptivo de ortodoncia
- Tratamiento completo de ortodoncia (durante el cual los aparatos de ortodoncia han sido colocados para un tratamiento activo y ajustados en forma periódica)
- Terapia removible de aparatos
- Retención de ortodoncia (eliminación de aparatos, construcción y reemplazo de retenedores)

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

Highmark BCBSWNY usa una compañía llamada LIBERTY Dental para manejar su beneficio dental. Debe usar un dentista de LIBERTY Dental para su cuidado dental. Si tiene preguntas relacionadas con su cuidado dental, o necesita encontrar un proveedor dental, llame a LIBERTY Dental Plan al 833-276-0846 (TTY 711).

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

1. **Cuando necesite acudir a un especialista o ir a un centro para análisis.** Podría ser necesario que usted acuda a un especialista de Highmark BCBSWNY o vaya a un centro para análisis, tales como análisis de sangre o radiografías. Su PCP lo referirá, según se necesite, a estos servicios especializados. Todos los referidos a un especialista deben ser autorizados y arreglados por su PCP por anticipado. Si su PCP lo refiere a otro proveedor, pagaremos por su cuidado.

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

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

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

2. **Cuándo necesita aprobación de Highmark BCBSWNY para servicios.** Hay algunos tratamientos y servicios para los que necesita aprobación de cobertura antes de recibirlos o con el fin de poder seguir recibéndolos. Esto se llama **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza puede solicitarla. Si usted o alguien en su nombre no reciba una autorización previa para un servicio que lo requiere, tal vez tenga que pagar el costo de los servicios que recibió. Los siguientes tratamientos y servicios deben ser aprobados antes de que usted los reciba:

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

- La mayor parte de las cirugías ambulatorias
- Quimioterapia
- Diálisis
- Equipos médicos duraderos
- Pruebas genéticas
- Evaluación y terapia de la hormona del crecimiento
- Audífonos
- Cuidado en el hogar
- Oxigenoterapia hiperbárica
- Admisión de pacientes internados
- Litotricia
- Ambulancia que no sea de emergencia
- Servicios obstétricos (excepto servicios de planificación familiar)
- Equipo de oxígeno — terapia respiratoria
- Prótesis y ortótica
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje
- Evaluación de trasplante

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

La solicitud para la aprobación de cobertura de un tratamiento o servicio, incluyendo una solicitud para un referido o servicio no cubierto, se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Para recibir aprobación para estos tratamientos o servicios, usted o su doctor pueden llamar al departamento de Administración Médica de Highmark BCBSWNY al 866-231-0847 (TTY 711). De ser necesario, su doctor puede llamar para pedir una aprobación después de horas laborales y fines de semana llamando a este número. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al departamento de Servicios al Miembro al 866-231-0847 (TTY 711).

3. **Cuándo un especialista puede ser su PCP.** Si tiene una afección o enfermedad terminal o una afección o enfermedad degenerativa o discapacitante, puede pedir que un especialista que sea un proveedor participante sea su PCP. Consultaremos con el especialista y su PCP y decidiremos si sería apropiado que el especialista actúe como tal.
4. **Referido permanente a un especialista de la red.** Si necesita cuidado especializado continuo, puede recibir un referido permanente a un especialista que sea un proveedor participante. Esto significa que no tendrá que obtener un nuevo referido de su PCP cada vez que tenga que ir a ese especialista. Consultaremos con el especialista y su PCP y decidiremos si un referido permanente sería apropiado en su situación.
5. **Referido permanente a un centro de cuidado especializado.** Si tiene una afección o enfermedad terminal o una afección o enfermedad degenerativa o discapacitante, puede solicitar un referido permanente a un centro de cuidado especializado que sea un proveedor participante. Consultaremos con su PCP, su especialista y el centro de cuidado

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

especializado para decidir si dicho referido es apropiado.

6. **Cuando su proveedor abandone la red.** Si se está sometiendo a un curso de tratamiento cuando su proveedor abandona nuestra red, entonces podría continuar recibiendo cuidado del antiguo proveedor participante, en ciertos casos, por hasta 90 días después de finalizar el contrato del proveedor. Si está embarazada y en su segundo trimestre, tal vez podrá continuar recibiendo cuidado con el antiguo proveedor a través del parto y el cuidado postparto relacionado directamente con el parto.
7. Sin embargo, con el fin de que pueda continuar recibiendo cuidado por hasta 90 días o a través del embarazo con un antiguo proveedor participante, el proveedor debe estar de acuerdo en aceptar nuestro pago y adherirse a nuestros procedimientos y políticas, incluyendo aquellas para asegurar la calidad del cuidado.
8. **Cuando los nuevos miembros estén en un curso de tratamiento.** Si usted está en un curso de tratamiento con un proveedor no participante cuando se afilia a nosotros, tal vez pueda recibir cuidado del proveedor no participante por hasta 60 días desde la fecha en que quedó cubierto bajo este contrato. El curso de tratamiento debe ser para una enfermedad o afección que amenaza la vida o una enfermedad o afección degenerativa o discapacitante. También puede continuar recibiendo cuidado con un proveedor no participante si está en el segundo trimestre de un embarazo cuando queda cubierta bajo este contrato.
9. Tal vez pueda continuar recibiendo cuidado a través del parto y cualquier servicio postparto directamente relacionado con el parto.
10. Sin embargo, con el fin de que pueda continuar recibiendo cuidado por hasta 60 días o a través del embarazo, el proveedor no participante debe estar de acuerdo en aceptar nuestro pago y adherirse a nuestros procedimientos y políticas, incluyendo aquellas para asegurar la calidad del cuidado.

## SECCIÓN ONCE — LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

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

1. **Cuidado que no sea necesario por motivos médicos.** Usted no tiene derecho a recibir beneficios por ningún servicio, suministro, análisis, o tratamiento que no sea necesario por motivos médicos o apropiado para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad, lesión, o afección (Vea las Secciones Quince y Dieciséis).
2. **Práctica médica aceptada.** Usted no tiene derecho a recibir servicios que no estén de conformidad con prácticas y estándares médicos y psiquiátricos aceptados en vigencia al momento del tratamiento.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

3. **Cuidado que no sea provisto, autorizado, u organizado por su PCP.** Excepto en caso contrario a lo establecido en este contrato, usted tiene derecho a recibir beneficios por servicios solo cuando sean provistos, autorizados, u organizados por su PCP. Si elige obtener cuidado que no sea provisto, autorizado, u organizado por su PCP, no seremos responsables por ningún costo en el que incurra.
4. **Servicios de hospitalización en un asilo de ancianos, centro de rehabilitación, o cualquier otro centro no cubierto expresamente por este contrato.**
5. **Servicios médicos mientras está hospitalizado en un asilo de ancianos, centro de rehabilitación, o cualquier otro centro no cubierto expresamente por este contrato.**
6. **Servicios experimentales o investigativos, a menos que sean recomendados por un agente externo de apelaciones. (Vea la Sección Dieciséis).**
7. **Cirugía cosmética.** No pagaremos por cirugía cosmética a menos que sea necesaria por motivos médicos, excepto cuando la cirugía reconstructiva caiga bajo una de las siguientes condiciones:
  - Cuando después de cirugía resultante de un trauma, haya infección y otra enfermedad de la parte del cuerpo involucrada
  - Cuando se requiera para corregir un defecto funcional resultante de enfermedad o anomalía congénita
8. **Fertilización in vitro, inseminación artificial, u otro medio de concepción asistido.**
9. **Servicios privados de enfermería.**
10. **Ortodoncia.**
11. **Donación autóloga de sangre.**
12. **Servicios de manipulación física.** No pagaremos por ningún servicio relacionado con la detección y corrección (por medios manuales o mecánicos) de:
  - Desbalance estructural.
  - Distorsión.
  - Subluxación en el cuerpo humano con el fin de remover interferencia nerviosa y los efectos de la misma. Esta exclusión aplica cuando la interferencia nerviosa sea el resultado de o esté relacionada con distorsión, falta de alineación o subluxación de o en la columna vertebral.
13. **Cuidado de los pies de rutina.**
14. **Otro seguro de salud, beneficios de salud, y programas gubernamentales.** Reduciremos nuestros pagos bajo este contrato por el monto que usted es elegible para recibir por el mismo servicio bajo otro seguro de salud, planes de beneficios de salud, o programas gubernamentales. Otro seguro de salud incluye cobertura por parte de aseguradoras, Planes de Blue Cross Blue Shield o programas similares de HMO. Planes de beneficios de salud incluyen cualquier

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

plan autoasegurado o no asegurado tales como aquellos ofrecidos por u organizados a través de empleadores, fideicomisos, sindicatos, organizaciones de empleadores u organizaciones de beneficios de los empleados. Programas gubernamentales incluyen Medicare o cualquier otro programa federal, estatal, o local, excepto el Programa para niños con discapacidad física y Programa de intervención temprana.

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

16. **Otras exclusiones.** No pagaremos por:

- Procedimientos de cambio de sexo, a menos que sea necesario por motivos médicos
- Asistencia de apoyo

17. **Compensación para trabajadores.** No proveeremos cobertura para ningún servicio o cuidado para una lesión, afección o enfermedad si los beneficios le son proporcionados por una ley de compensación de trabajadores o una legislación similar.

## SECCIÓN DOCE – PRIMAS POR ESTE CONTRATO

1. **Monto de las primas.** El monto de la prima para este contrato está determinado por nosotros y es aprobado por el Superintendente de Seguros del Estado de New York.
2. **Su contribución para la prima.** Según las leyes del New York State, tal vez se le requiera que contribuya para el costo de su prima. Le notificaremos de la contribución requerida, de haber alguna.
3. **Periodo de gracia.** Todas las primas para este contrato se vencen un (1) mes por anticipado; sin embargo, permitiremos un periodo de gracia para el pago de todas las primas, excepto el primer mes. Esto significa que, excepto por la prima del primer mes para cada niño, si recibimos el pago dentro del periodo de gracia, continuaremos la cobertura bajo este contrato por todo el periodo cubierto por el pago. Si no recibimos pago dentro del periodo de gracia, la cobertura bajo este contrato finalizará desde el último día del mes del periodo de gracia.
4. **Acuerdo para pagar por servicios si la prima no es pagada.** Usted no tiene derecho a ningún servicio por periodos para los cuales la prima no ha sido pagada. Si durante dicho periodo se reciben servicios, usted acepta pagar por los servicios recibidos.
5. **Cambio en las primas.** Si debe darse un aumento o disminución en la prima o su contribución para la prima para este contrato, le daremos al menos 30 días de notificación por escrito del cambio.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

6. **Cambios en sus ingresos o el tamaño de su hogar.** Puede solicitar que revisemos la contribución a su prima familiar siempre que sus ingresos o el tamaño de la familia cambien. Puede solicitar una revisión llamándonos al 866-231-0847 (TTY 711) o llamando a la Línea directa de Child Health Plus al 800-698-4543. En ese momento, le proporcionaremos el formulario y los requisitos de documentación necesarios para realizar la revisión. Reevaluaremos la contribución de su prima familiar y le notificaremos los resultados en un plazo de 10 días laborales desde el recibo de la solicitud y la documentación necesaria para realizar la revisión. Si la revisión da como resultado un cambio la contribución de su prima familiar, aplicaremos ese cambio a más tardar 40 días desde el recibo de la revisión y solicitud y documentación de respaldo completas.

## SECCIÓN TRECE — TERMINACIÓN DE COBERTURA

1. **Por falta de pago de la prima.** Si se le requiere que pague una prima por este contrato, el mismo terminará al final del periodo de gracia si no recibimos su pago.
2. **Cuando se mude fuera del área de servicio.** Este contrato terminará cuando usted deje de residir permanentemente en el área de servicio.
3. **Cuando ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad.** Este contrato terminará cuando ocurra uno de los siguientes:
  - En el último día del mes en el cual usted cumple 19 años de edad
  - La fecha en la cual usted se inscribe en el programa Medicaid
  - La fecha en la que usted queda bajo otra cobertura de cuidado de la salud
  - La fecha en que queda interno de una institución pública o un paciente de una institución para enfermedades mentales
4. **Terminación del programa Child Health Plus.** Este contrato terminará automáticamente en la fecha cuando las leyes del New York State, las cuales establecen el programa Child Health Plus, es terminada o cuando el Estado termine este contrato o cuando no tengamos disponible financiamiento del New York State para este programa Child Health Plus.
5. **Nuestra opción para terminar este contrato.** Podemos terminar este contrato en cualquier momento por uno o más de los siguientes motivos:
  - Fraude en la solicitud de inscripción bajo este contrato en el recibo de cualquier servicio.
  - Tales otros motivos en archivos con el Superintendente de Seguros al momento de dicha terminación y aprobados por él o ella. Una copia de tales otros motivos le debe ser enviada. Le daremos no menos de 30 días de notificación por escrito antes de dicha terminación.
  - Suspensión de la clase de contratos a los que pertenece este contrato con no menos de cinco (5) meses de notificación por escrito antes de dicha terminación.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

- Si usted no provee la documentación que solicitamos para recertificación.
- Si usted no provee la documentación que solicitamos en un plazo de 60 días de su fecha de su inscripción o recertificación.
- Si usted aparece como elegible para Medicaid en la recertificación y no completa el proceso de aplicación para Medicaid dentro del periodo de inscripción temporal de 60 días.

6. **Su opción para terminar este contrato.** Usted puede terminar este contrato en cualquier momento dándonos al menos notificación previa de un mes. Le reembolsaremos cualquier porción de la prima de este contrato que haya sido pagada previamente por usted.
7. **A su muerte.** Este contrato terminará automáticamente en la fecha de su muerte.
8. **Beneficios después de la terminación.** Si usted está totalmente discapacitado en la fecha de terminación de este contrato y ha recibido servicios médicos para la enfermedad, lesión, o afección que le ocasionó su discapacidad total mientras estaba cubierto bajo este contrato, continuaremos pagando por la enfermedad, lesión, o afección relacionada con la discapacidad total durante un periodo ininterrumpido de discapacidad total hasta la primera de las siguientes fechas:
  - Una fecha en la cual usted ya no esté totalmente discapacitado
  - Una fecha 12 meses desde la fecha de terminación de este contrato

No pagaremos por más cuidado del que hubiese recibido si su cobertura bajo este contrato no hubiese terminado.

## **SECCIÓN CATORCE – DERECHO A UN NUEVO CONTRATO DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN**

1. **Cuando cumple 19 años de edad.** Si este contrato termina porque llega a los 19 años de edad, entonces puede comprar un nuevo contrato como suscriptor de pago directo. A petición, le enviaremos una lista de planes de salud que ofrecen contratos de suscriptor de pago directo y le ayudaremos a encontrar cobertura alternativa.
2. **Si Child Health Plus finaliza.** Si este contrato termina porque el programa Child Health Plus finaliza, tal vez pueda comprar un nuevo contrato como suscriptor de pago directo.
3. **Cómo hacer la solicitud.** Usted debe hacer la solicitud ante nosotros en un plazo de 31 días después de la terminación de este contrato y pagar la primera prima para el nuevo contrato.

## **SECCIÓN QUINCE — PROCEDIMIENTO DE RECLAMO**

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

## Y APELACIONES DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIO

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

También tiene derecho a comunicarse con el New York State Department of Health sobre su reclamo al 800-206-8125 o escribir a:

New York State Department of Health, Division of Managed Care  
Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911  
Corning Tower ESP  
Albany, NY 12237

Puede llamar al departamento de Seguros del New York State al 800-342-3736 si su reclamo involucra un problema de facturación.

### **Cómo presentar un reclamo ante Highmark BCBSWNY:**

Para presentarlo por teléfono, llame a Servicios al Miembro al 866-231-0847 (TTY 711), de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m. Si nos llama fuera del horario de atención, déjenos un mensaje. Le devolveremos la llamada el próximo día laboral. Si necesitamos más información para tomar una decisión, le informaremos.

Puede escribirnos con su reclamo o llamar a Servicios al Miembro al 866-231-0847 (TTY 711) y solicitar un formulario de reclamo. Este debe ser enviado por correo a:

Grievance and Appeals Department  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429

También puede enviar el reclamo por fax al 844-759-5954.

### **Qué pasa después**

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

- El nombre del contacto o el departamento al que se asignó su reclamo.
- Cómo ponerse en contacto con esta persona o el departamento.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

- Si necesitamos más información.

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

Después de que revisemos su reclamo:

- Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días de cuando recibimos toda la información que necesitamos si su reclamo es acerca de una solicitud rechazada para un referido o una decisión que tomamos acerca de sus beneficios. Para todos los otros reclamos, le informaremos nuestra decisión en 45 días. Le escribiremos para informarle las razones de nuestra decisión.
- Cuando un retraso podría poner en riesgo su salud, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 48 horas después de tener toda la información que necesitamos para responder a su reclamo. Trataremos de comunicarnos con usted por teléfono para informarle nuestra decisión. Le enviaremos por correo una carta para dar seguimiento a nuestra comunicación en un plazo de tres días laborales.
- Se le informará cómo apelar la decisión si no está satisfecho, e incluiremos cualquier formulario que pueda necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su reclamo debido a que no tenemos suficiente información, le enviaremos una carta para informarle.

También puede presentar un reclamo en cualquier momento llamando al New York State Department of Health al 800-206-8125 o por escrito al New York State Department of Health, Bureau of Certification and Surveillance, Corning Tower, Albany, NY 12237.

- **Apelaciones de decisiones de reclamo.** Si no está satisfecho con lo que decidimos, tiene por lo menos 60 días laborales después de tener noticias nuestras para presentar una apelación. Puede presentar la apelación usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que lo haga por usted. La apelación debe ser por escrito. Si nos llama para apelar su reclamo, le enviaremos un formulario que es un resumen de su apelación telefónica. Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y devolvernos el formulario. Puede hacer cualquier cambio necesario antes de enviarnos el formulario de vuelta. Necesitamos tener este resumen escrito antes de que podamos examinar su apelación.

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

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

Su apelación de reclamo será decidida por una o más personas calificadas en un nivel más alto que el de aquellos que tomaron la primera decisión sobre su reclamo. Si su apelación de reclamo involucra asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

de cuidado de la salud calificados, con al menos un revisor clínico colega, que no estaban involucrados en la toma de la primera decisión sobre su reclamo.

Si tenemos toda la información que necesitamos, sabrá nuestra decisión en 30 días laborales. Si una demora podría poner en riesgo su salud, recibirá nuestra decisión en dos (2) días laborales después de que tengamos toda la información que necesitamos para decidir la apelación.

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

3. **Cómo verificar nuestras decisiones: solicitudes de autorización de servicio.** El plan de salud tiene un equipo de Administración Médica para asegurarse de que usted reciba los servicios que acordamos cubrir cuando pida una autorización de servicio. En la junta de revisión hay médicos y enfermeras. Su trabajo es asegurar que el tratamiento que solicitó esté cubierto (necesario por motivos médicos y permitido bajo su plan). Para hacerlo, comparan su plan de tratamiento con estándares médicamente aceptables.

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

Cuando recibamos su solicitud de autorización de servicio, la revisaremos bajo un proceso **estándar** o **rápido**. Usted o su doctor pueden pedir una revisión rápida si piensan que una demora ocasionará un grave daño a su salud. Si su solicitud para una revisión rápida es denegada, le informaremos y su caso será manejado de acuerdo con el proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como su condición médica lo requiera, pero esto no demorará más que lo que se menciona más adelante.

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

Estos son los periodos de tiempo para **solicitudes de autorización previa**:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud un plazo de tres (3) días laborales después de que tengamos toda la información que necesitamos. Si no tenemos toda la información que necesitamos para revisar su solicitud, le informaremos a más tardar en 14 días después de recibir su solicitud de revisión.
- **Revisión rápida:** Tomaremos una decisión y tendrá noticias nuestras en un plazo de tres

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

(3) días laborales después de que recibamos toda la información que necesitamos para revisar su solicitud. Para el tercer día laboral le diremos si necesitamos más información con el fin de tomar una decisión sobre su solicitud de revisión.

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

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

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

- Le escribiremos y diremos cuál información se necesita. Si su solicitud está en una revisión rápida, lo llamaremos de inmediato y posteriormente le enviaremos una notificación escrita.
- Le explicaremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos la decisión no más de 14 días después del día en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también podrán pedirnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información que proporcionar a Highmark BCBSWNY para ayudarnos a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando al 866-231-0847 (TTY 711) o escribiéndonos a:

Grievance and Appeals Department  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429

Usted o alguien de su confianza puede presentar un reclamo ante Highmark BCBSWNY si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza también puede presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión ante el New York State Department of Health llamando al 800-206-8125.

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

#### 4. **Apelaciones de autorización de servicio (apelaciones de acción).**

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

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

**Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su cuidado, hay pasos que puede tomar.**

- Su proveedor puede solicitar reconsideración. Si tomamos una decisión sobre su solicitud de autorización de servicio sin hablar con su doctor, este podrá pedir hablar con el director médico de Highmark BCBSWNY. El director médico hablará con su doctor en un plazo de un (1) día laboral.
- Puede presentar una apelación de acción para autorización de servicio. Si no está satisfecho con una acción que tomamos o lo que decidimos sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene 60 días laborales después de tener noticias nuestras para presentar una apelación. Puede presentar la apelación usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que lo haga por usted. Puede llamar a Servicios al Miembro al 866-231-0847 (TTY 711) si necesita ayuda para presentar una apelación.

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

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

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

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

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

**Qué sucede después de que recibimos su apelación:**

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

Las apelaciones de acción para autorización de servicio de asuntos clínicos serán decididas por profesionales de cuidado de la salud calificados quienes no tomaron la primera decisión, de los cuales por lo menos uno será un revisor clínico colega. Las decisiones no clínicas serán manejadas por personas que trabajan en un nivel más alto que las personas que trabajaron en su primera decisión.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

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

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

Estos son los periodos de tiempo para **apelaciones de autorización de servicio**:

- **Apelaciones estándares:** Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión en 30 días calendario después de su apelación. Se le enviará una notificación escrita sobre nuestra decisión en un plazo de dos (2) días calendario después de que tomamos la decisión.
- **Apelaciones rápidas:** Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de las apelaciones rápidas se tomarán en dos (2) días calendario desde su apelación, pero no más de 72 horas después de la fecha del recibo. Le informaremos inmediatamente después de que nos entregue su apelación si necesitamos más información. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y le enviaremos una notificación escrita en un plazo de 24 horas de la determinación.

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

- Le escribiremos y le informaremos sobre la información que se necesita. Si su solicitud está en una revisión rápida, lo llamaremos de inmediato y posteriormente le enviaremos una notificación escrita.
- Le explicaremos por qué la demora lo beneficia.
- Tomaremos la decisión no más de 14 días después del día en que solicitamos más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también podrán pedirnos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede ser porque tiene más información que proporcionar al plan de salud para ayudarnos a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando al 866-231-0847 (TTY 711) o escribiéndonos a:

Grievance and Appeals Department  
P.O. Box 62429  
Virginia Beach, VA 23466-2429

Usted o alguien de su confianza puede presentar un reclamo ante Highmark BCBSWNY si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su apelación. Usted o alguien de su confianza también puede presentar un reclamo sobre el tiempo de revisión ante el New York State Department of Health llamando al 800-206-8125.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

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

### **Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su cuidado**

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

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

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

### **5. Otras decisiones sobre su cuidado.**

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

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

- En la mayoría de los casos, si tomamos una decisión para reducir, suspender, o dar por terminada la cobertura de un servicio que ya hemos aprobado y que está recibiendo ahora, le debemos informar por lo menos 10 días antes de que cambiemos el servicio.
- Si estamos revisando el cuidado que se ha brindado en el pasado, tomaremos una decisión sobre su pago, en un plazo de 30 días después de recibir la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si negamos la cobertura de pago de un servicio, le enviaremos una notificación a usted y a su proveedor el día en que el pago es denegado. No tendrá que pagar por ningún cuidado que recibió y que estaba cubierto por el plan o por Child Health Plus aún si posteriormente denegamos el pago al proveedor.

## **SECCIÓN DIECISÉIS — APELACIÓN EXTERNA**

### **Apelaciones externas**

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

En determinadas circunstancias, usted tiene derecho a una apelación externa de una denegación en la que el Plan ha denegado la cobertura con base en que el servicio no es necesario por motivos médicos o es un tratamiento experimental o investigativo, usted o su representante puede apelar esa decisión ante un Agente de apelación externa, una entidad independiente certificada por el Estado para realizar dichas apelaciones.

#### **2. Su derecho a apelar una determinación de que un servicio no es necesario por motivos médicos**

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

Si denegamos cobertura con base en que el servicio no cumple nuestros requisitos para necesidad médica, puede apelar ante un agente de apelación externa si usted satisface los dos (2) criterios siguientes:

- El servicio, procedimiento, o tratamiento debe de otra forma ser un servicio cubierto bajo el Contrato del Suscriptor; y
- Debe haber recibido una determinación adversa final a través de nuestro proceso de apelación interna y debemos haber mantenido la denegación **o** en conjunto debemos acordar por escrito renunciar a cualquier apelación interna

**3. Su derecho a apelar una determinación de que un servicio es experimental o investigativo**

Si denegamos cobertura con base en que el servicio es un tratamiento experimental o investigativo, usted debe satisfacer los dos criterios siguientes:

- El servicio debe de otra forma ser un servicio cubierto bajo este Contrato del Suscriptor; y
- Debe haber recibido una determinación adversa final a través de nuestro proceso de apelación interna y debemos haber mantenido la denegación **o** en conjunto debemos acordar por escrito renunciar a cualquier apelación interna.

Además, el médico tratante debe certificar que usted tiene una enfermedad o afección terminal o discapacitante. Una “enfermedad o afección terminal” es una en la cual, de acuerdo con el diagnóstico actual del médico tratante, tiene una alta probabilidad de morir. Una “enfermedad o afección discapacitante” es cualquier deficiencia física o mental determinable médicamente que como resultado se pueda esperar la muerte, o que ha durado o se puede esperar que dure por un periodo continuo de no más de doce (12) meses, lo cual lo mantiene imposibilitado de involucrarse en cualesquiera actividades lucrativas sustanciales. En el caso de un niño menor de 18 años de edad, una “enfermedad o afección discapacitante” es cualquier deficiencia física o mental determinable médicamente de una gravedad comparable.

Su médico tratante debe certificar que su condición o enfermedad es una para la cual los servicios estándares de salud no son eficaces o son médicamente inadecuados **o** una para la cual no existe un servicio o procedimiento estándar más beneficioso cubierto por nosotros **o** una para la cual existe un ensayo clínico o tratamiento para enfermedad rara (según está definido por la ley).

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

- Un servicio, procedimiento o tratamiento que dos (2) documentos de evidencia médica y científica disponible indiquen que es probable que sea más beneficioso para usted que cualquier servicio estándar cubierto (solo ciertos documentos serán considerados en apoyo a esta recomendación, su médico tratante debe ponerse en contacto con el Estado con el fin de obtener información actualizada sobre cuáles documentos serán considerados o aceptables); o
- Un ensayo clínico para el cual usted es elegible (solo pueden considerarse ciertos ensayos clínicos); o
- Para propósitos de esta sección, su médico tratante debe estar autorizado, certificado, o elegible por una junta como médico calificado para ejercer en el área apropiada para tratar su condición o enfermedad. Además, para un tratamiento de enfermedad rara, el médico tratante puede no ser su médico tratante.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

#### 4. **El proceso de apelación externa**

Si, a través de nuestro proceso de apelación interna, usted ha recibido una determinación final adversa manteniendo una denegación de cobertura con base en que el servicio no es necesario por motivos médicos, es un tratamiento experimental o investigativo, o es un tratamiento fuera de la red, usted tiene cuatro (4) meses desde el recibo de dicha notificación para presentar una solicitud escrita para una apelación externa. Si juntos acordamos por escrito renunciar a cualquier apelación interna, usted tiene cuatro (4) meses desde el recibo de dicha renuncia para presentar una solicitud escrita para una apelación externa. Si no nos adherimos a los requisitos del procesamiento de reclamos, usted tiene cuatro (4) meses desde dicho incumplimiento para presentar una solicitud escrita para una apelación externa. Le proveeremos una solicitud de apelación externa con la determinación final adversa emitida a través de nuestro proceso de apelación interna o su renuncia escrita de una apelación interna.

Usted puede solicitar una solicitud de apelación externa del New York State Department of Financial Services al 800-400-8882. Envíe la solicitud completada al Department of Financial Services a la dirección indicada en la solicitud. Si satisface los criterios para una apelación externa, el Estado remitirá la solicitud a un agente certificado de apelación externa.

Tendrá la oportunidad de presentar documentación adicional con su solicitud. Si el agente de apelación externa determina que la información que usted envía representa un cambio material de la información sobre la que se basa su denegación, el agente de apelación externa compartirá esta información con nosotros con el fin de que él ejerza su derecho a reconsiderar su decisión. Si elegimos ejercer este derecho, tendremos tres días (3) laborales para enmendar o confirmar su decisión. Tenga en cuenta de que en el caso de una apelación acelerada (detallada a continuación), no tenemos derecho a reconsiderar su decisión.

En general, el agente de apelación externa debe tomar una decisión en un plazo de 30 días después de recibir su solicitud completada. El agente de apelación externa puede solicitar información adicional de usted, su médico, o nosotros. Si el agente de apelación externa pide información adicional, tendrá cinco (5) días laborales adicionales para tomar su decisión. El agente de apelación externa debe notificarle por escrito de su decisión en un plazo de dos (2) días laborales.

Si su médico tratante certifica que una demora en proporcionar el servicio que ha sido denegado presenta una amenaza inminente o grave, usted puede pedir una apelación externa acelerada. En ese caso, el agente de apelación externa debe tomar una decisión en un plazo de 72 horas desde el recibo de su solicitud completada. El agente de apelación externa debe tratar de notificarle a usted y al Plan, por vía telefónica o fax, inmediatamente después de tomar una decisión.

Si el agente de apelación externa revoca nuestra decisión de que un servicio no es necesario por motivos médicos o aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o investigativo o un tratamiento fuera de la red, ofreceremos la cobertura sujeta a los otros términos y condiciones de este Contrato del suscriptor. Tenga en cuenta que si el agente de apelación externa aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o investigativo que sea parte de un ensayo clínico, solo cubriremos los costos de servicios requeridos para suministrarle tratamiento de acuerdo con el diseño

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

del ensayo. No seremos responsables por los costos de medicamentos o dispositivos investigativos, los costos de servicios de cuidado que no sea de la salud, los costos de manejo de investigación o costos que no serían cubiertos bajo el Contrato del suscriptor para tratamientos no experimentales o no investigativos proporcionados en dicho ensayo clínico.

La decisión del agente de apelación externa es vinculante para usted y nosotros. La decisión del agente de apelación externa es admisible en cualquier procedimiento judicial.

#### 5. **Sus responsabilidades**

**Es su responsabilidad iniciar el proceso de apelación externa.** Puede iniciar el proceso de apelación externa presentando una solicitud completada al New York State Department of Financial Services. Puede designar un representante para que lo ayude con su solicitud de apelación externa. Sin embargo, el Department of Financial Services puede contactarlo y solicitar que confirme por escrito que ha designado a dicho representante.

**Bajo la ley del New York State, su solicitud completada para la apelación debe ser presentada en un plazo de cuatro (4) meses de ya sea la fecha en la cual recibe la notificación escrita del plan que ha mantenido una denegación de cobertura, o la fecha en la cual recibe la renuncia escrita de cualquier apelación interna, o el fracaso del plan de adherirse a los requisitos del procesamiento de reclamos. El plan no tiene autoridad para otorgar una extensión de esta fecha límite.**

#### Servicios cubiertos y exclusiones

En general, no cubrimos tratamientos experimentales o investigativos; sin embargo, cubriremos un tratamiento experimental o investigativo aprobado por un agente de apelación externa de conformidad con la Sección Dieciséis de este contrato del suscriptor. Si el agente de apelación externa aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o investigativo que sea parte de un ensayo clínico, solo cubriremos los costos de servicios requeridos para suministrarle el tratamiento de acuerdo con el diseño del ensayo. No seremos responsables por los costos de medicamentos o dispositivos investigativos, los costos de servicios de cuidado que no sea de la salud, los costos de manejo de investigación o costos que no serían cubiertos bajo el contrato del suscriptor para tratamientos no experimentales o no investigativos proporcionados en dicho ensayo clínico.

## **SECCIÓN DIECISIETE — REVISIÓN DE UTILIZACIÓN**

### 1. **Revisión de utilización.**

Revisamos los servicios de salud para determinar si los servicios son o eran necesarios por motivos médicos, o experimentales o de investigación (“necesarios por motivos médicos”). Este proceso es llamado Revisión de utilización. La Revisión de utilización incluye todas las actividades de revisión, ya sea que se produzcan antes de la prestación del servicio (autorización previa), cuando se presta el servicio (concurrente), o después de la prestación del servicio (retrospectiva). Si tiene alguna pregunta acerca de proceso de Revisión de utilización, llame al 866-231-0847 (TTY 711), el número que figura en su tarjeta de

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

identificación. El número telefónico de la línea gratuita está disponible al menos 40 horas por semana con una máquina contestadora después de horas laborales.

Todas las determinaciones de que los servicios no son necesarios por motivos médicos las tomarán: 1) médicos autorizados; o 2) profesionales del cuidado de la salud autorizados, certificado, registrados o acreditados que sean de la misma profesión y especialidad igual o similar a la del proveedor que normalmente maneja su enfermedad o condición médica o presta el servicio de cuidado de la salud bajo revisión; o 3) con respecto al tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias, con fecha de vigencia desde la fecha de emisión o renovación del Contrato; el 1 de abril de 2015 o después, médicos autorizados o profesionales del cuidado de la salud autorizados, certificado, registrados o acreditados que se especialicen en salud del comportamiento y que tengan experiencia en la prestación de cursos o tratamientos para el trastorno por consumo de sustancias. No remuneramos o proporcionamos incentivos financieros a nuestros empleados o revisores por determinar que los servicios no son necesarios por motivos médicos. Hemos elaborado directrices y protocolos para ayudarnos en este proceso. Directrices y protocolos específicos están disponibles a solicitud suya para su revisión. Para obtener mayor información, llame al 866-231-0847 (TTY 711), el número que figura en su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio web en [bcbswny.com/stateplans](http://bcbswny.com/stateplans).

## 2. **Revisiones de autorizaciones previas.**

- A. Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a una revisión de autorización previa, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su designado) y a su Proveedor, por teléfono y por escrito, dentro de los tres (3) días laborales de la recepción de la solicitud.

Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de tres (3) días laborales desde la fecha de la solicitud. Entonces usted o su Proveedor tendrán 45 días calendario para enviar la información. Si nosotros recibimos la información solicitada en un plazo de 45 días, nosotros tomaremos una determinación y le proporcionaremos una notificación (o a quien usted designe) y a su Proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de tres (3) días laborales después de haber recibido la información. Si toda la información necesaria no es recibida en un plazo de 45 días, tomaremos una determinación en un plazo de 15 días calendario del final del periodo de 45 días, pero no más de 60 días desde la fecha de la solicitud.

- B. **Revisiones de autorizaciones previas urgentes.** Con respecto a las solicitudes de Autorización previa urgente, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, la tomaremos y le proporcionaremos una notificación a usted (o a quien designe) y a su Proveedor, por teléfono y por escrito en, en un plazo de 72 horas después de recibir la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Entonces, usted o su Proveedor tendrán 48 horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a quien usted designe) y a su Proveedor por teléfono y por escrito en un plazo de 48 horas de lo anterior de nuestro recibo de la información o el final del periodo de 48 horas.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

3. **Revisiones concurrentes.**

- A. Las decisiones sobre la revisión de utilización para los servicios durante el transcurso del cuidado (revisiones concurrentes) se llevarán a cabo, y se le dará aviso a usted (o a su designado) y a su Proveedor, por teléfono y por escrito, dentro de un (1) día laboral de recibida toda la información necesaria. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de un (1) día laboral. Entonces usted o su Proveedor tendrán 45 días calendario para enviar la información. Tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su designado) y a su Proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de un (1) día laboral desde nuestra recepción de la información o, si no recibimos la información, en un plazo de un (1) día laboral al final del período de 45 días, pero no más de 60 días calendario desde la fecha de la solicitud.
- B. **Revisiones concurrentes urgentes.** Para las revisiones concurrentes que incluyen una extensión del cuidado urgente, si la solicitud para cobertura se hace por lo menos 24 horas antes de la expiración de un tratamiento previamente aprobado, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a quien usted designe) por teléfono en un plazo de 24 horas después de recibir la solicitud. Se notificará por escrito dentro de un (1) día laboral de la recepción de la solicitud.

Si no se realiza la solicitud de la cobertura al menos 24 horas antes de la finalización de un tratamiento aprobado previamente y tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, nosotros tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o a su designado) dentro de lo que sea primero, 72 horas o en un (1) día laboral desde la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 24 horas. Entonces, usted o su Proveedor tendrán 48 horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación escrita a usted (o a quien usted designe) dentro de lo que sea primero de (1) día laboral o 48 horas después de que recibamos la información o, si no recibimos la información, en un plazo de 48 horas al final del periodo de 48 horas.

- C. **Revisiones de cuidado de la salud en el hogar.** Después de recibir una solicitud para una cobertura de servicios de cuidado en el hogar después de una admisión de hospitalización, tomaremos una determinación y le enviaremos una notificación a usted (o a quien usted designe), por teléfono y por escrito, en un plazo de un (1) día laboral después de recibir la información necesaria. Si el día siguiente a la solicitud cae en un fin de semana o día feriado, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted (o su designado) y a su Proveedor dentro de las 72 horas de haber recibido la información necesaria. Cuando recibamos una solicitud para servicios de cuidado en el hogar y toda la información necesaria antes de ser dado de alta de una admisión de hospitalización, no denegaremos la cobertura para dichos servicios mientras esté pendiente nuestra decisión sobre la solicitud.
- D. **Revisiones de tratamiento en internación para trastorno por el uso de sustancias.**  
Con vigencia en la fecha de emisión o renovación de este Contrato el 1 de abril de 2015 o

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

después, si recibimos una solicitud de tratamiento en internación para trastorno por el uso de sustancias por lo menos 24 horas antes del alta de una internación para trastorno por el uso de sustancias, tomaremos una determinación dentro de las 24 horas de la recepción de la solicitud y le proporcionaremos cobertura para el tratamiento en internación para trastorno por el uso de sustancias mientras nuestra determinación esté pendiente.

**4. Revisiones retrospectivas.**

Si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación con respecto a un reclamo retrospectivo, tomaremos una determinación y le notificaremos a usted y a su Proveedor dentro de los 30 días calendario de haber recibido la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en un plazo de 30 días calendario. Entonces, usted o su Proveedor tendrán 45 días calendario para proporcionar la información. Tomaremos una determinación y le notificaremos a usted y a su Proveedor por escrito en un plazo de 15 días calendario desde lo que sea primero de nuestra recepción de la información o el final del período de 45 días.

Una vez que tengamos toda la información para tomar una decisión, la incapacidad para tomar una determinación sobre la Revisión de utilización dentro de los plazos aplicables establecidos anteriormente será considerada una determinación adversa sujeta a una Apelación interna.

**5. Revisión retrospectiva de servicios con autorización previa.**

Solo podemos revertir un tratamiento, servicio o procedimiento con autorización previa en revisión retrospectiva cuando:

- La información médica relevante que recibimos para la revisión retrospectiva es sustancialmente diferente a la información presentada durante la revisión de la autorización previa;
- La información médica relevante que recibimos para la revisión retrospectiva existía en el momento de la autorización previa, pero fue retenida o no se encontraba a disposición nuestra;
- No sabíamos de la existencia de dicha información al momento de la revisión de autorización previa; y
- Si hubiésemos estado enterados de dicha información, el tratamiento, servicio o procedimiento que estaba siendo solicitado no habría sido autorizado. La determinación se toma usando los mismos estándares, criterios o procedimientos específicos que los usados durante la revisión de la autorización previa.

**6. Reconsideración.**

Si no intentamos consultar con su Proveedor antes de tomar una determinación adversa, su Proveedor puede solicitar una reconsideración por parte del mismo revisor clínico colega que tomó la determinación adversa. Para las revisiones de autorizaciones previas y concurrentes, la reconsideración se llevará a cabo dentro de un (1) día laboral de la solicitud de reconsideración. Si se mantiene la determinación adversa, se le dará a usted y su Proveedor una notificación de la determinación adversa, por teléfono y por escrito en un plazo de un (1) día laboral.

## 7. **Apelaciones internas a las revisiones de utilización.**

Usted, su designado y, en los casos de revisión retrospectiva, su Proveedor, pueden solicitar una Apelación interna de una determinación adversa, ya sea por teléfono, en persona o por escrito.

Tiene hasta 180 días calendario después de recibir la notificación de la determinación adversa para presentar una Apelación. Reconoceremos su solicitud para una Apelación interna en un plazo de 15 días calendario después de recibir la apelación (por escrito u oralmente). Este reconocimiento le informará de cualquier información adicional necesaria antes de que se pueda tomar una decisión. Un revisor clínico colega que sea un médico o un profesional del cuidado de la salud de la misma o similar especialidad que el proveedor que normalmente maneja la enfermedad o condición en cuestión y quien no esté subordinado al revisor clínico colega que tomó la determinación adversa inicial presentará la apelación.

**A. Denegación de servicios fuera de la red.** Con vigencia a partir de la fecha de emisión o renovación de este Contrato, el 1 de abril de 2015 o después, también tendrá derecho a apelar la denegación de una solicitud de autorización previa para un servicio de salud fuera de la red cuando determinemos que el servicio de salud fuera de la red no es sustancialmente diferente a un servicio de salud de la red disponible. La denegación de un servicio de salud fuera de la red es un servicio ofrecido por un proveedor no participante, pero solamente cuando el servicio no está disponible de un proveedor participante. Usted no es elegible para una Apelación de revisión de utilización si el servicio que solicita está disponible por parte de un proveedor participante, aun si el proveedor no participante posee más experiencia en diagnosticar o tratar su condición. (Dicha Apelación será tratada como una Queja.) Para una Apelación de revisión de utilización por la denegación de un servicio de salud fuera de la red, usted o su designado deberán presentar:

- Una declaración escrita de su médico tratante, quien debe ser un médico autorizado, certificado o elegible por la junta como calificado para ejercer en el área de especialidad de la práctica apropiada para tratar su condición, de que el servicio de salud fuera de la red solicitado es materialmente diferente al servicio de salud alternativo disponible de un proveedor participante que nosotros aprobamos para tratar su condición; y
- Dos (2) documentos de evidencia médica y científica disponible de que el servicio fuera de la red: 1) probablemente sea más beneficioso clínicamente para usted que el servicio en la red alternativo; y 2) que el riesgo adverso del servicio fuera de la red probablemente sería aumentado sustancialmente sobre el servicio de salud en la red.

**B. Denegación de referido fuera de la red.** Con vigencia a partir de la fecha de emisión o renovación de este Contrato, el 1 de abril de 2015 o después, también tendrá derecho a apelar la denegación de una solicitud de autorización previa para un proveedor no participante cuando determinemos que contamos con un proveedor participante que cumple con sus necesidades de cuidado de la salud particulares y que está disponible para proporcionar el servicio de cuidado de la salud requerido. Para una Apelación de revisión de utilización de una denegación de referido fuera de la red, usted o a quien usted designe debe enviar una declaración escrita de su Médico tratante, quien puede ser un

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

Médico autorizado, certificado o elegible por la junta como calificado para ejercer en el área de especialidad de la práctica apropiada para tratar su condición:

- De que el Proveedor participante recomendado por nosotros no tiene el entrenamiento y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades particulares de cuidado de la salud para dicho servicio; y
- Recomendando a un Proveedor no participante con el entrenamiento y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades particulares de cuidado de la salud quien puede ofrecer el servicio de cuidado de la salud solicitado.

#### 8. **Apelación estándar.**

- A. **Apelación de autorización previa.** Si su apelación tiene relación con una solicitud de autorización previa, decidiremos la apelación en un plazo de 30 días calendario del recibo de la solicitud de apelación. Se le notificará por escrito sobre la determinación a usted (o a su designado) y, cuando sea apropiado, a su Proveedor, dentro de los dos (2) días laborales después de que se tome la determinación.
- B. **Apelación retrospectiva.** Si su apelación se refiere a un reclamo retrospectivo, decidiremos respecto de la apelación dentro de los 30 días calendario de la recepción de la solicitud de apelación. Se le notificará por escrito sobre la determinación a usted (o a su designado) y, cuando sea apropiado, a su Proveedor, dentro de los dos (2) días laborales después de que se tome la determinación.
- C. **Apelación acelerada.** Una apelación de una revisión de servicios de la salud continuos o extendidos, servicios adicionales prestados en el curso del tratamiento continuo, servicios de cuidado de la salud en el hogar después del alta del hospital, servicios en los que un proveedor solicita una revisión inmediata, o cualquier otro asunto urgente serán manejados de manera acelerada. Una Apelación acelerada no está disponible para revisiones retrospectivas. Para una apelación acelerada, su proveedor tendrá acceso razonable a un revisor clínico colega asignado a la apelación dentro de un (1) día laboral de la recepción de la solicitud de una apelación. Su proveedor y un revisor clínico colega pueden intercambiar información por teléfono o fax. Una Apelación acelerada se determinará dentro de lo que sea primero de 72 horas de la recepción de la apelación o dos (2) días laborales de la recepción de la información necesaria para llevar a cabo la apelación.

Si no está satisfecho con la resolución de su apelación acelerada, puede presentar una apelación interna estándar o una apelación externa.

Nuestra incapacidad para dar una determinación de su Apelación en un plazo de 60 días calendario de recibir la información necesaria para una Apelación estándar o en un plazo de dos (2) días laborales de recibir la información necesaria para una Apelación acelerada será considerada una revocación de la determinación adversa inicial.

- D. **Apelación por uso de sustancias.** Con vigencia a partir de la fecha de emisión o renovación de este contrato el 1 de abril de 2015 o después, si denegamos una solicitud para el tratamiento en internación para trastorno por el uso de sustancias que se presentó al menos 24 horas antes del alta del hospital, y usted o su proveedor presentan una

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

apelación interna acelerada a nuestra determinación adversa, tomaremos una decisión respecto de la apelación dentro de las 24 horas de la recepción de la solicitud de apelación. Si usted o su proveedor presenta la apelación interna acelerada y una apelación externa acelerada dentro de las 24 horas de la recepción de nuestra determinación adversa, proporcionaremos también cobertura para el tratamiento en internación para trastorno por el uso de sustancias mientras la determinación sobre la apelación interna y la apelación externa esté pendiente.

9. **Asistencia con las apelaciones.**

Si necesita asistencia para presentar una apelación, puede ponerse en contacto con el Programa independiente estatal de asistencia al consumidor independiente del estado en la siguiente dirección:

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

Si necesita asistencia para presentar una apelación, puede llamar a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 888-614-5400. Envíe un correo electrónico a [cha@cssny.org](mailto:cha@cssny.org) o visite el sitio web en [communityhealthadvocates.org](http://communityhealthadvocates.org) para obtener más información.

## SECCIÓN DIECIOCHO — DISPOSICIONES GENERALES

1. **No cesión.** No puede ceder los beneficios de este contrato. Cualquier cesión o intento de hacerlo es nulo. Cesión significa la transferencia a otra persona u organización de su derecho a los beneficios proporcionados por este contrato.
2. **Acción legal.** Debe llevar cualquier acción legal contra nosotros bajo este contrato en un plazo de 12 meses desde la fecha en que rehusamos pagar por un servicio bajo este contrato.
3. **Enmienda del contrato.** Podremos cambiar este contrato si el cambio es aprobado por el Superintendent of Insurance of the State of New York. Le daremos al menos 30 días de notificación por escrito de cualquier cambio.
4. **Registros médicos.** Aceptamos preservar la confidencialidad de sus registros médicos. Con el fin de administrar este contrato, podría ser necesario que obtengamos sus registros médicos de hospitales, médicos u otros proveedores que lo han tratado. Cuando queda cubierto bajo este contrato, usted nos da permiso para obtener y usar dichos registros.
5. **Quién recibe pago bajo este contrato.** Pagaremos directamente a los proveedores participantes para que le proporcionen los servicios. Si usted recibe servicios cubiertos de otro proveedor, nos reservamos el derecho a pagar ya sea a usted o al proveedor.
6. **Aviso.** Cualquier aviso bajo este contrato puede ser dado por correo de U.S., con porte prepagado, a la siguiente dirección:

**Si es para nosotros:**

Retention  
P.O. Box 38  
Buffalo, NY 14240-0038

**Si es para usted:**

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

Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York es el nombre comercial de Highmark Western and Northeastern New York Inc., un licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

## Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. La fecha de revisión más reciente se muestra en el pie de página de este aviso.

**Lea cuidadosamente este aviso. Este le dice:**

- **Quién puede ver su información de salud protegida (PHI).**
- **Cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartir su PHI.**
- **Cuándo podemos compartir su PHI sin su autorización.**
- **Qué derechos tiene para ver y cambiar su PHI.**

La información sobre su salud y dinero es privada. La ley dice que debemos mantener esta clase de información, llamada PHI segura para nuestros miembros. Eso significa que si en este momento usted es un miembro o si solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid y el Children's Health Insurance Program después de que es encontrado elegible y se inscribe en nuestro plan de salud. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos autorizar y pagar su atención de la salud.

La ley federal dice que debemos informarle lo que dice la ley que tenemos que hacer para proteger la PHI que nos fue dicha, por escrito o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física), nosotros:
  - Tenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos.
  - Destruimos el papel con información de salud de modo que otros no puedan tener acceso a esta.
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
  - Usamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a esta.
  - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.
- Usada o compartida por personas que trabajan para nosotros, médicos o el estado, nosotros:
  - Hacemos normas para mantener la información segura (llamada políticas y procedimientos).
  - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las normas.

### **Cuándo está bien que usemos y compartamos su PHI**

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted escoja que ayude o pague por su atención de la salud, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su atención médica**
  - Para ayudar a los médicos, hospitales y otros a brindarle la atención que usted necesita
- **Para pago, operaciones de atención de la salud y tratamiento**
  - Para compartir información con los médicos, clínicas y otros que nos facturan por su atención

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

- Cuando decimos que pagaremos por la atención de la salud o los servicios antes de que los reciba (conocido como autorización previa o aprobación previa)
- Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, así como apoyarlo y ayudarlo a recibir los beneficios y servicios disponibles. Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y podemos dar su PHI a intercambios de información de salud para pagos, operaciones de atención de la salud y tratamiento. Si no desea esto, visite [mybcbswny.com/wny-members/privacy.html](http://mybcbswny.com/wny-members/privacy.html) para obtener más información.
- **Para motivos comerciales de atención de la salud**
  - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario
  - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Para motivos de salud pública**
  - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otros que ayudan o pagan por su atención**
  - Con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda o paga por su atención de la salud, si usted nos dice que está bien
  - Con alguien que le ayuda o paga por su atención de la salud, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su autorización por escrito antes de que usemos o compartamos su PHI para todo, salvo su atención, pago, actividades diarias, investigación u otras cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su autorización por escrito antes de que compartamos notas de psicoterapia de su médico sobre usted.

Puede informarnos por escrito que desea retirar su autorización escrita. No podemos retirar lo que hemos usado o compartido cuando tuvimos su autorización. Pero detendremos el uso o distribución de su PHI en el futuro.

**Otras formas en las que podemos, o la ley dice que tenemos que, usar su PHI:**

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan con las leyes
- Para denunciar abuso y abandono
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pide hacerlo
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a agencias de supervisión de la salud para cosas tales como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerales a averiguar su nombre y causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para mantenerlo a usted y otros saludables o evitar que se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Para dar información a compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

## **Sus derechos**

- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de esta. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo. Aunque, no tenemos todo su registro médico. **Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su médico o clínica de salud.**
- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos suyo si piensa que algo está equivocado o que falta. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente a la que tenemos para usted o de alguna otra manera. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos para usted puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos todas las veces durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con alguien más. Esto no listará las veces que la hemos compartido debido a atención de la salud, pago, actividades diarias de atención de la salud o algunos otros motivos que no listamos aquí. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si la pidió por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

## **Qué tenemos que hacer**

- La ley dice que debemos mantener su PHI en privado, excepto como hemos dicho en este aviso.
- Tenemos que decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Tenemos que hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Tenemos que enviar su PHI a algunas otras direcciones o en una manera diferente a la de su correo usual si lo pide por motivos que tengan sentido, tal como si está en peligro.
- Tenemos que informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos ha pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes del estado dicen que tenemos que hacer más de lo que dijimos aquí, seguiremos esas leyes.
- Debemos informarle si pensamos que su PHI ha sido violada.

## **Cómo lo contactaremos**

Nosotros, junto con nuestros afiliados y proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial. Lo hacemos únicamente conforme a la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, solo dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. O podría llamar al número gratuito 844-203-3796 (TTY 711) para agregar su número telefónico a nuestra lista de “No llamar”.

## **Qué debe hacer si tiene preguntas**

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere usar sus derechos, llame al número gratuito de Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m. hora del Este.

## **Qué debe hacer si tiene un reclamo**

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no ha sido mantenida segura, puede llamar a Servicios para Miembros o contactarse con el Department of Health and Human Services. No pasará nada malo si usted presenta un reclamo.

**Usted puede escribir o llamar al Department of Health and Human Services:**

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
Jacob Javits Federal Building  
26 Federal Plaza, Suite 3312  
New York, NY 10278  
Phone: 800-368-1019  
TDD: 800-537-7697  
Fax: 212-264-3039

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos sobre los cambios en una carta. También las publicaremos en la web en [mybcbswny.com/wny-members/privacy.html](http://mybcbswny.com/wny-members/privacy.html).

**Raza, origen étnico e idioma**

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de agencias estatales de Medicaid y el Children's Health Insurance Program. Protegemos esta información según lo descrito en este aviso.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar resultados de salud.
- Crear y enviar información de educación sobre salud.
- Informar a los médicos sobre sus necesidades lingüísticas.
- Proporcionar servicios de interpretación y traducción.

**No** usamos esta información para:

- Emitir seguro de salud.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar beneficios.
- Compartir con usuarios no aprobados.

**Su información personal**

Podemos pedirle el uso y distribución de información personal (PI) tal como lo conversamos en este aviso. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por motivos del seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
  - Salud.
  - Hábitos.
  - Pasatiempos.

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)

- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos tales como:
  - Médicos.
  - Hospitales.
  - Otras compañías de seguro.
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra compañía sin su autorización.
- Le informaremos antes de hacer cualquier cosa, en donde tengamos que darle la oportunidad para que se niegue.
- Le diremos cómo informarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Contacte al número gratuito de Servicios para Miembros al 866-231-0847 (TTY 711) de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 6 p.m. hora del Este.

**[bcbswny.com/stateplans](http://bcbswny.com/stateplans)**

Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York es el nombre comercial de Highmark Western and Northeastern New York Inc., un licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Revisado en agosto de 2021

Servicios al Miembro de Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York:  
866-231-0847 (TTY 711)



Child Health Plus Plan



**866-231-0847 (TTY 711) | [bcbswny.com/stateplans](https://bcbswny.com/stateplans)**

Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York es el nombre comercial de Highmark Western and Northeastern New York Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.