MVP HEALTH CARE

Su Child Health Plus

Guía de los Afiliados

Cláusula de Expansión de Beneficios

MVP Health Plan, Inc. Cláusula BEX001CHP 2023 (Child Health Plus)

Esta cláusula modifica su Contrato de Suscriptor de Child Health Plus (su "Contrato") al agregar los siguientes beneficios vigentes a partir del 1 de enero de 2023:

A. Servicios de Tratamiento Comunitario de Reafirmación Personal.

Pagaremos los Servicios de Tratamiento Comunitario de Reafirmación Personal (Assertive Community Treatment Services, ACT), ACT para adultos jóvenes y ACT para jóvenes. Los servicios deben ser remitidos por un médico u otro proveedor autorizado de las artes curativas, dentro de su ámbito del ejercicio profesional en virtud de la legislación estatal, para lograr la máxima reducción de la discapacidad física o intelectual, y restaurar lo mejor posible el nivel funcional de un beneficiario.

B. Suministros Médicos.

Pagaremos los suministros médicos que haya solicitado un proveedor en el tratamiento de una afección médica específica y que normalmente sean consumibles, no reutilizables, desechables, y para un fin específico y que, por lo general, no tengan valor recuperable.

C. Servicios de Ortodoncia por una Disoclusión Grave con Discapacidad Física .

Pagaremos los servicios de ortodoncia por una disoclusión grave con discapacidad física. Se requiere aprobación previa para la cobertura de ortodoncia. Los servicios incluyen atención ortodóncica por disoclusiones graves con discapacidad física como un beneficio único en la vida que se reembolsará a un afiliado elegible por un máximo de tres años de atención ortodóncica activa, más un año de atención de retención. La repetición del tratamiento para casos recidivantes no es un servicio cubierto. El tratamiento se debe aprobar y la terapia activa debe comenzar (colocación y activación de aparatos) antes de que el afiliado cumpla 19 años.

D. Servicios de Ambulancia Aérea.

Pagaremos los servicios de ambulancia aérea por servicios catastróficos, enfermedades o afecciones potencialmente mortales; cuando se necesite un transporte rápido para minimizar el riesgo de muerte o deterioro de la afección del paciente; el transporte terrestre no sea adecuado para el paciente o el equipo de soporte vital y la atención médica avanzada sean necesarios durante el transporte.

E. Transporte Entre Centros.

Pagaremos el transporte aéreo y terrestre entre centros cuando dichos servicios se consideren transportes de emergencia. Esto incluye el transporte desde una sala de emergencias a un centro psiquiátrico; el transporte desde una sala de emergencias a un centro de traumatología/cuidados cardíacos/quemaduras; el transporte desde una sala de emergencias a una sala de emergencias y el transporte desde una sala de emergencias a otro centro. No se requiere autorización previa.

F. Servicios de Apoyo y Tratamiento para Niños y Familias.

Pagaremos los Servicios de Apoyo y Tratamiento para Niños y Familias (Children and Family Treatment and Support Services, CFTSS). Los servicios pueden prestarse en la comunidad donde el niño/joven vive, asiste a la escuela o participa en servicios. Los servicios incluyen los siguientes:

- Servicios Prestados por Otros Profesionales con Licencia (Other Licensed Professionals, OLP)

- Intervención por Crisis
- Apoyo y Tratamiento Psiquiátrico Comunitario (Community Psychiatric Supports and Treatment, CPST)
- Servicios de Rehabilitación Psicosocial
- Servicios de Apoyo Familiar
- Apoyo para Jóvenes

G. Servicios Básicos Limitados Relacionados con la Salud.

Pagaremos los Servicios Básicos Limitados Relacionados con la Salud de una Agencia de Atención de Acogimiento Voluntario (Voluntary Foster Care Agency, VFCA)/un centro de salud según el artículo 29-I. Los servicios de atención médica de la salud y del comportamiento deben cumplir con los estándares razonables y aceptables de la práctica médica según lo determine el estado en consulta con organizaciones de salud reconocidas. Los servicios incluyen los siguientes cinco Servicios Básicos Limitados Relacionados con la Salud:

- Servicios de Desarrollo de Habilidades
- Servicios de Enfermería
- Planificación del Tratamiento y Planifacación del Alta Hospitalaria
- Servicios de Supervisión/Consulta Clínica
- Administrador/Enlace de Child Health Plus de una VFCA

H. Otras Disposiciones.

Todos los demás términos, condiciones, y límites incluidos en su Contrato también se aplican a esta cláusula, excepto cuando esta última los modifique.

MVP Health Plan, Inc.
Schenectady, New York

Por

Director Ejecutivo
MVP Health Plan, Inc.

Cláusula de Expansión de Beneficios

MVP Health Plan, Inc. Cláusula BEX002CHP 2023 (Child Health Plus)

Esta cláusula modifica su Contrato de Suscriptor de Child Health Plus (su "Contrato") al agregar los siguientes beneficios vigentes a partir del 1 de abril de 2023:

A. Servicios de Rehabilitación Residencial para Jóvenes (RRSY).

Pagaremos los Servicios de Rehabilitación Residencial para Jóvenes (Residential Rehabilitation Services for Youth, RRSY) proporcionados por un programa con licencia, certificado o autorizado de otro modo por la Oficina de Servicios y Apoyo para las Adicciones. Los servicios deben estar clínicamente indicados y especificados en el plan individualizado de tratamiento/recuperación o en las notas de progreso.

B. Otras Disposiciones.

Todos los demás términos, condiciones, y límites incluidos en su Contrato también se aplican a esta cláusula, excepto cuando esta última los modifique.

MVP Health Plan, Inc.
Schenectady, New York

Por

Director Ejecutivo
MVP Health Plan, Inc.

Enmienda de la Guía del Afiliados

para Afiliados de MVP Health Care® Child Health Plus

Esta Enmienda modifica los Términos y Condiciones de su Contrato de Suscriptor de Child Health Plus de la siguiente manera.

A. Se reemplaza el lenguaje de "Apelaciones" en la Sección "Información Adicional Sobre Su Cobertura" de su Contrato por lo siguiente:

Procedimiento de Quejas y Apelaciones de Revisión de Utilización

Apelaciones

Usted o alguien que usted designe puede apelar nuestra decisión de revisión de utilización o cualquier decisión sobre beneficios. También puede apelar si no le gusta cómo manejamos su queja. Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** o escriba a MVP a la siguiente dirección:

ATTENTION: MEMBER APPEALS
MVP HEALTH PLAN INC
625 STATE ST
SCHENECTADY NY 12305-2111

Las personas con capacitación médica calificada consideran las apelaciones médicas. Su proveedor puede hablar con el director médico de MVP que emitió el aviso de determinación adversa. En todos los casos, los revisores de apelaciones serán diferentes y no estarán subordinados a las personas que trabajaron en la primera decisión u otra apelación de MVP.

Para solicitar una apelación, llame a MVP al **1-800-852-7826** o escriba la siguiente dirección:

ATTN: MEMBER APPEALS
MVP HEALTH PLAN INC
625 STATE ST
SCHENECTADY NY 12305-2111

MVP proporcionará a los afiliados cualquier ayuda razonable para completar formularios u otros pasos de procedimiento relacionados con la apelación, que incluyen, entre otros, la prestación de servicios de intérprete y números de teléfono gratuitos con TTY/TDD e intérprete. Todas las determinaciones iniciales y de apelación serán accesibles para los inscritos que no hablen inglés o que tengan impedimentos visuales si así lo solicitan. Hay servicios de interpretación oral y formatos alternativos de material escrito para afiliados con necesidades especiales disponibles previa solicitud llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).

Apelaciones Internas

Debe pasar por un proceso de apelación del plan interna antes de que pueda pasar a la Revisión externa, a menos que MVP y el afiliado renuncien conjuntamente, o pasar al tribunal.

Apelaciones de Vía Rápida

Puede solicitar una apelación de vía rápida si necesita la aprobación de MVP para continuar con la atención médica actual o si su médico cree que MVP debería examinar la apelación de inmediato. Debe solicitar una apelación de vía rápida dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la carta de negación de MVP. MVP tomará una decisión dentro de las 48 horas posteriores a la recepción. Si recibe servicios para pacientes hospitalizados en un hospital o centro, debe solicitar una apelación de vía rápida dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la carta de negación de MVP. MVP tomará una decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción. Si MVP niega su apelación, usted puede hacer lo siguiente:

- Vaya al sector de Revisión Externa del estado de Nueva York.
- Solicite una Apelación Estándar de Nivel uno de MVP. Si es así, su tiempo para presentar una Apelación Externa del Estado de Nueva York se aplaza hasta que

reciba el aviso de negación de MVP de la Apelación Estándar de Nivel uno.

- Solicite una Apelación Estándar de Nivel dos voluntaria. Esto no le deja tiempo para presentar una Apelación Externa Ante el Estado de Nueva York. En este caso, su tiempo para presentar una Apelación Externa del Estado de Nueva York comenzaría a partir de la fecha en que reciba el aviso de negación de MVP de la Apelación Acelerada.

Apelaciones Estándares del Plan

En todos los demás casos, puede solicitar una Apelación Estándar. Debe solicitar una Apelación Estándar Dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la carta de negación de MVP o el aviso de negación de MVP de una Apelación de Vía Rápida. MVP tomará una decisión sobre su Apelación Dentro de los 15 días posteriores a la recepción.

Una **Negación de Servicio Fuera de la Red** se refiere a una negación de una solicitud de autorización previa para recibir un servicio de salud en particular de un proveedor fuera de la red, que se basa en la determinación de que el servicio solicitado no es materialmente diferente de un servicio disponible dentro de la red. (Una negación de un referido a un proveedor fuera de la red que se basa en la determinación de que un proveedor dentro de la red está disponible para proporcionar el servicio solicitado no es una negación del servicio fuera de la red. Consulte **Negación de Referido Fuera de la Red** debajo). Para apelar una Negación de Servicio Fuera de la Red, usted o su designado debe presentar los siguientes elementos con su apelación:

- Una declaración por escrito del médico tratante del afiliado que certifica que el servicio fuera de la red solicitado es materialmente diferente del que está disponible dentro de la red
- Dos documentos que citen evidencia médica y científica de que el servicio fuera de la red solicitado es más beneficioso clínicamente para el afiliado que el servicio dentro de la red y que no es probable que el servicio fuera de la red solicitado aumente el riesgo adverso para el afiliado de manera sustancial

Una Negación de Referido Fuera de la Red se refiere a una negación de una solicitud de autorización previa para un referido a un proveedor no participante cuando MVP determina que hay un proveedor participante con la capacitación y experiencia adecuadas que puede satisfacer sus necesidades particulares de atención médica y que puede proporcionar el servicio de atención médica solicitado. Para apelar una Negación de Referido Fuera de la Red, usted o su designado debe presentar los siguientes elementos con su apelación:

- Una declaración por escrito de su médico tratante, que debe ser un médico con licencia, certificado por la junta o elegible para la junta calificado para ejercer en el área de especialidad apropiada para tratar su afección, que indique que el o los proveedores participantes recomendados por MVP no tienen la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades particulares de atención médica para el servicio de atención médica
- Una recomendación a un proveedor no participante con la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades particulares de atención médica y que pueda brindar el servicio de atención médica solicitado

Si MVP rechaza su apelación, puede acudir al sector de Revisión Externa del Estado de Nueva York; y/o solicitar una Apelación Estándar voluntaria. Esto no le deja tiempo para presentar una Apelación Externa ante el Estado de Nueva York. En este caso, su tiempo para presentar una apelación externa ante el estado de Nueva York comenzaría a partir de la fecha en que reciba el aviso de negación de MVP de la Apelación Estándar.

Tribunal

No puede acudir al tribunal en un proceso contra MVP antes de obtener una decisión de MVP en una apelación. Debe iniciar cualquier demanda contra MVP dentro de los tres años posteriores a la fecha de nuestro aviso de decisión de apelación. A menos que se aplique la ley federal, cualquier tribunal utilizará la ley del Estado de Nueva York para decidir respecto de su demanda.

Apelaciones Externas

Su Derecho a una Apelación Externa

En algunos casos, tiene derecho a una apelación externa de una negación de cobertura. Específicamente, si MVP ha denegado la cobertura sobre la base de que el servicio no es médicamente necesario o se trata de un tratamiento experimental o de investigación, o bien emite una Negación de Servicio Fuera de la Red o una Negación de Referido Fuera de la Red, usted o su representante pueden apelar esa decisión a un Agente de Apelación Externa, una entidad independiente certificada por el Estado para llevar a cabo tales apelaciones.

Su Derechos a Apelar una Determinación de Que un Servicio No es Médicamente Necesario

Si MVP ha denegado la cobertura sobre la base de que el servicio no es médicamente necesario, puede apelar a un Agente de Apelación Externa si cumple con los dos criterios siguientes:

- El servicio, procedimiento, o tratamiento debe ser un servicio cubierto de conformidad con este Contrato.
- Debe haber recibido una determinación adversa final a través del proceso de apelaciones internas de MVP y MVP debe haber confirmado la negación; o bien, usted y MVP deben acordar por escrito renunciar a cualquier apelación interna.

Sus Derechos a Apelar una Determinación de Que un Servicio es Experimental o de Investigación

Si MVP ha denegado la cobertura sobre la base de que un servicio es experimental o de investigación, puede apelar ante un Agente de Apelación Externa si cumple los dos criterios siguientes:

- El servicio, procedimiento, o tratamiento debe ser un servicio cubierto de conformidad con este Contrato
- Debe haber recibido una determinación adversa final a través del proceso de apelaciones internas de MVP y MVP debe haber confirmado la negación; o bien, usted y MVP deben acordar por escrito renunciar a cualquier apelación interna

Además, su médico tratante debe certificar que usted padece una afección o enfermedad grave o incapacitante. Una afección o enfermedad grave es aquella que, según el diagnóstico actual de su médico tratante, tiene una alta probabilidad de provocar la muerte. Una **afección o enfermedad incapacitante** es cualquier impedimento físico o mental médicamente determinable que se puede esperar que resulte en la muerte; o bien, que ha durado o se puede esperar que dure por un período continuo de no menos de 12 meses, lo que le impide participar en actividades lucrativas sustanciales. En el caso de un niño menor de 18 años, una afección o enfermedad incapacitante es cualquier impedimento físico o mental médicamente determinable de gravedad comparable.

Su médico tratante también debe certificar que su afección o enfermedad grave o incapacitante es una enfermedad para la cual los servicios de salud estándares son ineficaces o médicamente inapropiados, una enfermedad para la cual no existe un servicio o procedimiento estándar más beneficioso cubierto por este Contrato o una enfermedad para la cual existe un ensayo clínico.

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

- Un servicio, procedimiento o tratamiento que, según lo indicado en dos documentos de evidencia médica y científica disponibles, probablemente sean más beneficiosos para usted que cualquier servicio cubierto estándar. (Solo se considerarán ciertos documentos como respaldo de esta recomendación. Su médico tratante debe comunicarse con el Estado para obtener información actual sobre qué documentos se considerarán aceptables)
- n ensayo clínico para el que usted es elegible (solo se considerarán determinados ensayos clínicos)

Para los fines de esta sección, su médico tratante debe ser un médico con licencia, certificado por la junta o elegible para la junta, calificado para ejercer en el área apropiada para tratar su afección o enfermedad incapacitante o grave.

El Proceso de Apelación Externa

Si, a través del proceso de apelación interna de MVP, ha recibido una determinación adversa final que confirma una negación de cobertura sobre la base de que el servicio no es médicamente necesario o que es un tratamiento experimental o de investigación, tiene cuatro meses desde la recepción de dicha notificación para presentar una solicitud por escrito de una apelación externa. Si usted y MVP han acordado renunciar a cualquier apelación interna, tiene cuatro meses desde la recepción de dicha renuncia para presentar una solicitud por escrito para una apelación externa.

También puede solicitar una apelación externa al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al **1-800-400-8882**. Envíe la solicitud completa a la dirección del Departamento de Servicios Financieros que se indica en la solicitud. Si cumple con los criterios para una apelación externa, el Estado remitirá la solicitud a un Agente de Apelación Externa certificado.

Tendrá la oportunidad de enviar documentación adicional con su solicitud. Si el Agente de Apelación Externa determina que la información que usted presenta constituye un cambio sustancial de la información en la que MVP basó su negación, el Agente de Apelación Externa compartirá esta información con MVP para que podamos reconsiderar nuestra decisión. Si decidimos ejercer este derecho, tendremos tres días hábiles para modificar o confirmar nuestra decisión. Tenga en cuenta

que, en el caso de una apelación acelerada, no tenemos derecho a reconsiderar nuestra decisión.

En general, el Agente de Apelación Externa debe tomar una decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud completa. El Agente de Apelación Externa puede solicitarle información adicional a usted, a su médico o a MVP. Si el Agente de Apelación Externa solicita información adicional, tendrá cinco días hábiles adicionales para tomar su decisión. El Agente de Apelación Externa debe notificarle por escrito su decisión dentro de los dos días hábiles.

Si su médico tratante certifica que una demora en la prestación del servicio que ha sido denegado representa una amenaza inminente o grave para su salud, puede solicitar una apelación externa acelerada. En ese caso, el Agente de Apelación Externa debe tomar una decisión dentro de tres días posteriores a la recepción de su solicitud completa. Inmediatamente después de llegar a una decisión, el Agente de Apelación Externa debe intentar notificarlo a usted y a nosotros por teléfono o fax sobre esa decisión.

Si el agente de apelación externa anula nuestra decisión de que un servicio no es médicamente necesario o aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación, proporcionaremos cobertura sujeta a los demás términos y condiciones de este Contrato. Tenga en cuenta que, si el agente de apelación externa aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación que forma parte de un ensayo clínico, solo cubriremos el costo de los servicios necesarios para brindarle tratamiento de conformidad con el diseño del ensayo. No seremos responsables de los costos de los medicamentos o dispositivos en investigación, de los costos de los servicios que no sean de atención médica, de los costos de la administración de la investigación ni de los costos que no estarían cubiertos en virtud de este Contrato para tratamientos que no sean experimentales o que no están en investigación proporcionados en dicho ensayo clínico.

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

Sus Responsabilidades

Comenzar el proceso de apelación externa es su responsabilidad. Puede iniciar el proceso de apelación externa presentando una solicitud completa ante el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. Si ya se le brindó el servicio solicitado, su médico puede presentar una solicitud de apelación externa en su nombre, pero solo si usted ha dado su consentimiento por escrito.

Según la ley del Estado de Nueva York, su solicitud de apelación completa debe presentarse en un plazo de cuatro meses a partir de la fecha en que reciba nuestra notificación por escrito de que hemos confirmado una negación de cobertura o la fecha en la que reciba una renuncia por escrito de cualquier apelación. MVP no tiene autoridad para otorgar una extensión de este plazo.

B. Prevalencia del Contrato

Salvo que esta Enmienda lo modifique expresamente, todos los demás Términos de su Contrato permanecerán en pleno vigor y efecto. Todos los Términos, Condiciones, Límites, y Exclusiones de Su Contrato a los que se aplica esta Enmienda también se aplican a esta Enmienda, excepto cuando en esta Enmienda se los modifique especialmente.

De:

Christopher Del Vecchio
Director Ejecutivo
MVP Health Plan, Inc.

Cláusula de la Red de Salud del Comportamiento

MVP Health Plan, Inc. Cláusula BHT001CHP (Child Health Plus)

Esta cláusula modifica los términos de su Contrato de Suscriptor de Child Health Plus (su "Contrato") de la siguiente manera:

A. Cambio en la Información de Contacto.

La sección "Información de contacto importante" en la sección de introducción se remplazará con lo siguiente:

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP
1-800-852-7826
mvphealthcare.com

TTY del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP
(para afiliados con impedimentos auditivos)
1-800-662-1220

CVS Caremark
(socio farmacéutico de MVP)
1-866-832-8077

Healthplex
(atención dental de rutina)
1-800-468-9868
(TTY: 1-800-662-1220)

B. Revisión de la Utilización, Presentación de Reclamaciones, y Revisión Previa al Servicio.

La sección "Solicitando Una Revisión Previa al Servicio" (página 29) de su Contrato se reemplazó por lo siguiente:

Para obtener aprobación previa para estos tratamientos o servicios, debe consultar a su PCP, PCD, o médico de MVP. Su PCP, PCD, o médico de MVP solicitará la aprobación de MVP.

C. Otras Disposiciones.

Todos los términos, las condiciones y los límites incluidos en su Contrato también se aplican a esta Cláusula, excepto cuando esta última los modifique.

MVP Health Plan, Inc.
Schenectady, New York

De

Director Ejecutivo
MVP Health Plan, Inc.

Aviso de No-Discriminación

Para Medicaid, Child Health Plus, MVP Harmonious Health Care Plan®, y Planes Esencial

MVP Health Care® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género). MVP Health Care no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género).

Qué MVP Health Care Provee

Servicios y asistencias gratis para las personas con incapacidades para ayudarlos a comunicar con nosotros, como:

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Servicios gratis de lenguaje para personas cuya lengua materna no es el inglés como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios:

- Afiliados de Medicaid y Child Health Plus llame al **1-800-852-7826**
- Afiliados de MVP Harmonious Health Care Plan llame al **1-844-946-8002**
- Afiliados de Plan Esencial llame al **1-888-723-7967**
- TTY llame al **1-800-662-1220**

Cómo Presentar una Queja o Reclamación

Si considera que MVP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo, puede presentar un reclamo con MVP.

Correo: ATTN: ELONA CHARLES-WILSON
CIVIL RIGHTS COORDINATOR
MVP HEALTH CARE
625 STATE ST
SCHENECTADY NY 12305-2111

Teléfono: **1-800-852-7826**
(TTY/TDD: 1-800-662-1220)

Fax: **518-386-7600**

En persona: 625 State Street, Schenectady, NY

Correo Electrónico: **civilrightscoordinator@mvphealthcare.com**

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU.

Línea: **ocrportal.hhs.gov**

Correo: US DEPT OF HEALTH & HUMAN SVCS
200 INDEPENDENCE AVE SW
HHH BLDG ROOM 509F
WASHINGTON DC 20201

Teléfono: **1-800-368-1019**
(TTY/TDD: 1-800-537-7697)

Formularios de reclamo están visitando **hhs.gov/ocr** y seleccione *Filing a Complaint with OCR*.

Servicios de Intérprete en Otros Idiomas

Para Medicaid, Child Health Plus, MVP Harmonious Health Care Plan®, y Planes Esencial

Inglés (English)	ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).
Español (Spanish)	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).
繁體中文 **(China)**	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-852-7826**（TTY：1-800-662-1220）。
Русский (Ruso)	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-852-7826** (телетайп: 1-800-662-1220).
Kreyòl Ayisyen (Criolla Francesa)	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).
한국어 **(Coreano)**	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220)번으로 전화해 주십시오.
Italiano (Italiano)	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).
אידיש (Yiddish)	אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט **1-800-852-7826**. (TTY: 1-800-662-1220)
বাংলা (Bengalí)	লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **১-800-852-7826** (TTY: ১-800-662-1220)।
Polski (Polaca)	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).
العربية (Arabe)	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-852-7826** (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-662-1220).
Français (Francés)	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-852-7826** (ATS : 1-800-662-1220).
اُردُو (Urdu)	خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).
Tagalog (Tagalog-Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).
Ελληνικά (Griego)	ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).
Shqip (Albanés)	KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).

Si usted no habla español, llámenos al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

English (Inglés)	**If you do not speak Spanish**, call the MVP Member Services/Customer Care Center at **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). We have access to interpreter services and can help answer your questions in your language. We can also help you find a health care provider who can communicate with you in your language.
Français (Francés)	**Si vous ne parlez pas Espangno**, appelez-nous au **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). Nous avons accès à des services d'interprétariat pour vous aider à répondre aux questions dans votre langue. Nous pouvons également vous aider à trouver un prestataire de soins de santé qui peut communiquer avec vous dans votre langue.
Kreyòl Ayisyen (Criollo Haitiano)	**Si ou pa pale lang Espanyol**, rele nou nan **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a.
Italiano (Italiano)	**Se non parli Spagnolo** chiamaci al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). Disponiamo di servizi di interpretariato e siamo in grado di rispondere alle tue domande nella tua lingua. Possiamo anche aiutarti a trovare un fornitore di servizi sanitari che parli la tua lingua.
Русский (Ruso)	**Если вы не разговариваете по-испанский**, позвоните нам по номеру **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). У нас есть возможность воспользоваться услугами переводчика, и мы поможем вам получить ответы на вопросы на вашем родном языке. Кроме того, мы можем оказать вам помощь в поиске поставщика медицинских услуг, который может общаться с вами на вашем родном языке.
繁體中文 **(Chino-PRC)**	**如果你不說西班牙文**，请拨打会员服务号码 **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220) 与我们联系。我们提供各种口译服务，可以用您的语言帮助回答您的问题。此外，我们还可以帮您寻找能够用您的语言与您交流的医疗护理提供方。
繁體中文 (Chino-Taiwan)	**如果你不说西班牙语**，請以下列電話號碼與我們聯繫：**1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220)。我們會使用口譯服務以您的語言來協助回答您的問題。我們也可以協助您找到能夠使用您母語溝通的健康照護提供者。

Bienvenido a MVP. Bienvenido a una gran atención médica.

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

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

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

Estaremos allí, cuando y donde usted nos necesita.

Atentamente,

Christopher Del Vecchio
Director Ejecutivo

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

1-800-852-7826
(TTY: 1-800-662-1220)
lunes a viernes, 8 am a 6 pm

24/7 Línea de Asesoría de Enfermería de MVP

Contamos con una línea de asesoría de enfermería disponible las 24 horas al día y siete días a la semana que puede llamar para recibir asesoría de expertos si usted o algún miembro de su familia sufren una lesión menor o una enfermedad. Llame al **1-800-852-7826** para hablar con una enfermera en cualquier momento.

Visítenos en Línea

Puede visitar MVP en cualquier momento en el sitio **mvphealthcare.com**.

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

Contactos Importantes

Su Proveedor de Cuidado Primario

Nombre

Dirección

Teléfono

Su Sala de Emergencia Más Cercana

Nombre

Dirección

Teléfono

Otros Proveedores de Atención Médica

Nombre

Dirección

Teléfono

Su Centro de Cuidado Urgente Más Cercana

Nombre

Dirección

Teléfono

Nombre

Dirección

Teléfono

Farmacia Local

Nombre

Dirección

Teléfono

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP
1-800-852-7826
mvphealthcare.com

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP TTY
(para los discapacitados auditivos)
1-800-662-1220

Línea de Asesoría de Enfermería de MVP
1-800-852-7826 (TTY: 1-800-662-1220)

CVS Caremark (Socio farmacéutico de MVP)
1-866-832-8077

Healthplex (Cuidado dental de rutina)
1-800-468-9868 (TTY: 1-800-662-1220)

Beacon Health Options
(servicios de salud mental y abuso de sustancias)
1-800-852-7826

MVPMDC0017 (Revised 02/2023)

Números de Teléfonos Importantes

Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Quejas)

1-800-206-8125 **health.ny.gov**

Oficinas de Servicios Sociales Condado del Nueva York

Condado de Albany	**518-447-7492**
Condado de Columbia	**518-828-9411**
Condado de Dutchess	**845-486-3000**
Condado de Genesee	**585-344-2580**
Condado de Greene	**518-943-3200**
Condado de Jefferson	**315-782-9030**
Condado de Lewis	**315-376-5400**
Condado de Livingston	**585-243-7300**
Condado de Monroe	**585-753-6440**
Condado de Oneida	**315-798-5632**
Condado de Ontario	**585-396-4599**
Condado de Orange	**845-291-4000**
Condado de Putnam	**845-225-7040**
Condado de Rensselaer	**518-266-7911**
Condado de Rockland	**845-364-2000**
Condado de Saratoga	**518-884-4148**
Condado de Schenectady	**518-388-4470**
Condado de Sullivan	**845-292-0100**
Condado de Ulster	**845-334-5000**
Condado de Warren	**518-761-6321**
Condado de Washington	**518-746-2300**
Condado de Westchester	**1-800-549-7650**

New York Medicaid Choice

El programa de inscripción de Cuidados Administrados de Medicaid e Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

1-800-505-5678 **nymedicaidchoice.com**

Child Health Plus Línea Directa

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

Centros de Cuidado Urgente ** Pacientes 0–21 años de edad solamente*

Condado de Albany

Community Care Urgent Care
391 Myrtle Avenue Suite 4D
Albany **518-207-2299**
711 Troy-Schenectady Rd Ste 102
Latham **518-783-3110**
711 Troy-Schenectady Rd Ste 109
Latham **518-782-3888**

CentralMed Urgent Care
1662 Central Avenue
Colonie **518-240-1456**

CTP Newton Medical
1770 Central Avenue
Albany **518-869-9692**
588 New Loudon Road
Latham **518-785-2662**

EmUrgentCare
5 New Karner Road
Guilderland **518-264-9000**
1019 New Loudon Road
Cohoes **518-264-3840**

Priority 1 Urgent Care
2080 Western Avenue
Guilderland **518-867-8040**

St. Peter's Urgent Care
400 Patroon Creek Blvd Suite 100
Albany **518-445-4444**

WellNOW Urgent Care
1438 Western Avenue
Albany **518-649-9986**
800 New Loudon Rd Suite 1400
Latham **518-218-4220**

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

Condado de Dutchess

Emergency One
4274 Albany Post Road
Hyde Park **845-229-2602**
2555 South Road
Poughkeepsie **845-330-3200**

Excel Urgent Care of Fishkill
1004 Main Street
Fishkill **845-765-2240**

Hudson River Healthcare
75 Washington Street
Poughkeepsie **845-790-7990**

PM Pediatrics*
1983 Route 52
Hopewell Junction **845-897-4500**

Pulse-MD Urgent Care
696 Dutchess Turnpike
Poughkeepsie **845-204-9260**
900 Route 376 Suite H
Wappingers Falls **845-204-9260**

Valley Urgent Care
18 West Road
Pleasant Valley **845-635-1590**

Condado de Jefferson

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

QuikMed Urgent Care
727 Washington Street
Watertown **315-785-7009**

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

WellNow Urgent Care
1233 Arsenal Street
Watertown **315- 221-5289**

Condado de Livingston

Noyes Health Services
50 E. South Street
Geneseo **585-243-9595**

Noyes Health Services
111 Clara Barton Street
Dansville **585-335-3096**

Condado de Monroe

Anthony L. Jordan Health Center Urgent Care
82 Holland Street
Rochester **585-423-5800**

Brockport Medical Care
6565 4th Section Rd Suite 100
Brockport **585-391-3988**

Cornerstone Urgent Care Center
2968 Chili Avenue
Rochester **585-207-0088**

Flower City Urgent Care
1243 Bay Road
Webster **585-787-4073**

Greater Rochester Immediate Care
2745 W. Ridge Road
Greece **585-225-5252**
2685 E. Henrietta Road
Henrietta **585-444-0058**
1065 Ridge Road
Webster **585-872-2273**
1881 Monroe Avenue
Rochester **585-613-3099**
2701 Culver Road
Rochester **585-266-4000**
2226 Penfield Road
Penfield **585-388-5280**
470 Long Pond Road
Rochester **585-227-7600**

Centros de Cuidado Urgente ** Pacientes 0–21 años de edad solamente*

Strong Memorial Hospital Urgent Care
42 Nichols Street
Spencerport **585-349-7094**
3400 Monroe Avenue
Rochester **585-203-1055**

University of Rochester Urgent Care
1300 Jefferson Road
Rochester **585-413-1800**
2134 Penfield Road
Penfield **585-276-8280**
2047 W. Ridge Road
Rochester **585-276-9100**

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

WellNOW Urgent Care
18 Courtney Drive
Fairport **585-421-7537**
1238 E Ridge Road
Irondequoit **585-537-3792**
3648 Dewey Avenue
Rochester **585-786-3503**
1867 Empire Boulevard
Webster **585-347-3689**

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

Condado de Oneida

Primary Urgent Care
1904 Genesee Street
Utica **315-804-6800**

WellNOW Urgent Care
103 W. Dominick Street Suite 10
Rome **315-271-2394**
4754 Commercial Drive
New Hartford **315-275-3046**
230 N. Genesee Street
Utica **315-275-3214**

Condado de Ontario

FLH Medical Urgent Care
789 Pre Emption Road Suite 60
Geneva **315-781-2000**

Stong Memorial Hospital Urgent Care
1669 Pittsford-Victor Road
Victor **585-276-0800**

Thompson Health Urgent Care
1160 Corporate Drive
Farmington **585-924-1510**

WellNOW Urgent Care
1 White Springs Road
Geneva **315-230-4074**
290 Eastern Boulvard
Canandaigua **585-412-5630**

Condado de Orange

Cornerstone Family Healthcare Urgent Care
147 Lake Street
Newburgh **845-563-8000**

Crystal Run Healthcare Urgent Care
155 Crystal Run Road
Middletown **845-703-6999**

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

Excel Urgent Care
1 Hatfield Lane Suite 2B
Goshen **845-360-5530**

Garnet Health Urgent Care
707 E. Main Street
Middletown **845-333-7575**

Middletown Medical
111 Maltese Drive
Middletown **845-343-4774**
47 N. Plank Road Suite 19
Newburgh **845-567-2038**

Orange Urgent Care
75 Crystal Run Road
Middletown **845-703-2273**

Condado de Putnam

Pulse-MD Urgent Care
572 Route 6
Mahopac **845-204-9260**

Condado de Rensselaer

East Greenbush Urgent Care
2 Empire Drive
Rensselaer **518-286-4960**

South Troy Health & Urgent Care Center
79 Vandenburgh Ave
Troy **518-271-0063**

WellNOW Urgent Care
222 9th Street
Troy **518-238-6005**

Condado de Rockland

AFC Urgent Care
5 N. Airmont Road
Airmont **845-547-0300**

CityMD Urgent Care
256 E. Route 59
Nanuet **845-625-2273**

HRHCare Urgent Care
84 N. Highland Avenue
Nyack **845-770-9980**

Medrite Medical Care
175 Route 59
Spring Valley **845-694-8888**

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

Rockland Urgent Care Family Health
89 S Route 9W
West Haverstraw **845-429-4000**

Centros de Cuidado Urgente

** Pacientes 0–21 años de edad solamente*

Walk In Medical Urgent Care
263 S. Main Street
New City **845-678-3434**

Condado de Saratoga

Albany Med EmUrgentCare
989 Route 146
Clifton Park **518-264-9000**

7 Price Chopper Plaza
Mechanicville **518-264-9000**

Ellis Hospital Medical Center Urgent Care
103 Sitterly Road
Halfmoon **518-579-2800**

Malta Med Emergent Care
6 Medical Park Drive
Malta **518-289-2024**

MediCall Urgent Care Center
1 Tallow Wood Drive
Clifton Park **518-373-4444**

Saratoga Urgent Care
377 Church Street
Saratoga Springs **518-584-4456**

WellNOW Urgent Care
204 S. Broadway
Saratoga Springs **518-226-3288**

1694 Route 9
Halfmoon **518-930-7486**

Wilton Medical Arts
3040 Route 50
Saratoga Springs **518-580-2273**

Condado de Schenectady

Albany Med EmUrgentCare
115 Saratoga Road Suite 110
Glenville **518-264-9000**

1769 Union Street
Niskayuna **518-264-9000**

1400 Altamont Avenue
Schenectady **518-264-9000**

Ellis Medicine Urgent Care
200 Harborside Drive Suite 102
Schenectady **518-881-4710**

WellNOW Urgent Care
445 Balltown Road Suite 1
Schenectady **518-387-3566**

1708 Altamont Avenue
Schenectady **518-344-4778**

Condado de Ulster

Emergency One
40 Hurley Avenue Suite 4
Kingston **845-338-5600**

Nuvance Health
1240 Ulster Avenue
Kingston **845-443-8740**

Rosendale Medical Center Urgent Care
1089 Route 32
Rosendale **845-658-9476**

Condado de Warren

Adirondack Urgent Care
959 Route 9
Queensbury **518-223-0155**

Health Center on Broad Street
100 Broad Street
Glens Falls **518-792-2223**

Warrensburg Health Center
3767 Main Street
Warrensburg **518-623-2844**

Condado de Washington

Cambridge Urgent Care
35 Gilbert Street
Cambridge **518-677-3163**

Condado de Westchester

Adept Inpatient Medical Services
155 White Plains Road
Tarrytown **914-372-7171**

AFC Urgent Care
3379 Crompond Road
Yorktown Heights **914-930-5550**

359 N. Central Avenue
Hartsdale **914-448-2273**

203 Gramatan Avenue Suite A
Mount Vernon **914-202-4830**

AppleMed Urgent Care
504 Gramatan Avenue
Mount Vernon **914-668-1600**

CityMD Urgent Care
222 Mamaroneck Avenue
White Plains **914-401-4282**

2393 Central Avenue
Yonkers **914-219-0393**

City Medical
305 N. Central Avenue
Hartsdale **914-219-0161**

369 White Plains Road
Eastchester **914-395-3691**

424 S. Broadway
Yonkers **914-219-0178**

Hudson River Healthcare
1037 Main Street
Peekskill **914-402-7400**

503 S. Broadway
Yonkers **914-848-8088**

Immediate Medical Care
240D S. Highland Avenue
Ossining **914-964-7862**

Centros de Cuidado Urgente ** Pacientes 0–21 años de edad solamente*

Northwell Health
GoHealth Urgent Care

30 Hamilton Street
Dobbs Ferry **914-202-2944**

77 Quaker Ridge Road Suite 4
New Rochelle **914-266-3104**

650 White Plains Road
Tarrytown **914-266-3102**

28 Triangle Center #30
Yorktown Heights **914-266-3103**

PhysicianOne Urgent Care

3085 E. Main Street Suite 12A
Mohegan Lake **914-743-1881**

80 Route 6
Baldwin Place **914-358-9612**

1030 W. Boston Post Road
Mamaroneck **914-777-2273**

PM Pediatrics*

620 E. Boston Post Road
Mamaroneck **914-777-5437**

2290 Central Park Avenue
Yonkers **914-337-5437**

Pulse-MD Urgent Care

3244 E. Main Street
Mohegan Lake **845-204-9260**

645 Marble Avenue
Thornwood **845-204-9260**

Southern Westchester
Urgent Care

1915-25 Central Avenue
Yonkers **914-793-2273**

Westmed Medical Group

73 Market Street
Yonkers **914-848-8088**

171 Huguenot Street
New Rochelle **914-607-5890**

White Plains Walk-In
Medical Care

10 Chester Avenue
White Plains **914-448-1000**

Dónde Encontrar la Información Que Desea

Su Contrato para el Subscriptor de MVP Child Health Plus 1

Introducción 3

Quién Está Cubierto 6

Sus Beneficios 9

Beneficios Hospitalarios 11

Servicios Médicos 12

Atención de Emergencia 14

Servicios de Salud Mental y de Desórdenes de Uso de Sustancias 15

Otros Servicios Cubiertos 15

Cuidado de la Vista 21

Cuidado Dental 21

Información Adicional y Cómo Funciona este Plan 23

Limitaciones y Exclusiones de los Beneficios 23

Más Información Acerca de Su Cobertura 29

Primas Para Este Contrato 31

Terminación de la Cobertura 31

Derecho a un Nuevo Contrato Después de la Terminación 32

Revisión de la Utilización y Presentación de Reclamos 33

Procedimiento de Quejas y Apelaciones de Revisión de Utilización 34

Apelaciones Externas 37

Disposiciones Generales 39

Decisiones de Cuidado de Salud 41

Apéndice 43

MVP HEALTH CARE

Bienvenido al Programa Child Health Plus de MVP

Su Contrato para el Subscriptor de MVP Child Health Plus

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

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

Aviso del Derecho a Examinar el Contrato Durante Diez Día

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

Aviso Importante

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

Introducción

El Programa de Child Health Plus

Este Contrato se está emitiendo de acuerdo a un programa especial del Departamento de Salud de Nueva York (DOH por sus siglas en inglés) diseñado para proveer cobertura de seguro de salud subsidiada para aquellos niños que no tengan seguro en el estado de Nueva York. Le inscribiremos en el Programa Child Health Plus si cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por el estado de Nueva York. Luego proveeremos beneficios para los servicios cubiertos descritos en este Contrato. Usted y/o el adulto responsable, según aparezca en la solicitud, debe reportarnos cualquier cambio de estado ya sea de residencia, ingreso u otro seguro que obtenga que pueda volverlo no elegible para participar en el programa de Child Health Plus dentro de 60 días que ocurra dicho cambio.

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

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

En algunos casos, MVP también debe dar una aprobación previa por escrito. Su PCP o el proveedor participante de MVP harán los arreglos para obtener la aprobación previa

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

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

Es su responsabilidad seleccionar un PCP de entre la lista de PCPs de Child Health Plus de MVP cuando se inscriba para esta cobertura. Puede cambiar su PCP llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). Si presenta su solicitud para el décimo día del mes, MVP hará el cambio efectivo a partir del primer día de ese mes. Si presenta su solicitud después del décimo día del mes, MVP hará los arreglos para que la transferencia se haga efectiva el primer día del mes siguiente a su solicitud. Al PCP que haya seleccionado se le referirá como “su PCP” a lo largo de este Contrato.

Palabras Que Utilizamos

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

Definiciones

Las siguientes definiciones aplican a este Contrato:

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

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

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

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

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

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

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

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

- Generalmente no aceptados por proveedores de cuidado de salud informados en los Estados Unidos como efectivos en el tratamiento de la condición,

enfermedad o diagnosis para la cual se propone su uso; o

- No han sido comprobados por la evidencia médica o científica de ser efectivos en el tratamiento de la condición, enfermedad o diagnosis para la cual se propone su uso

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

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

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

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

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

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

- Estudios científicos revisados por pares publicados en o aceptados para publicación por revistas médicas que cumplen con los requisitos reconocidos nacionalmente para manuscritos científicos y que presentan la mayoría de sus artículos publicados para la revisión de expertos que no son parte del personal editorial
- Literatura, compendios biomédicos y otra literatura médica revisada por pares que cumple con los criterios de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Institutos Nacionales de Salud para la indexación en el Índice Medicus, Excerpta Medicus (EMBASE), Medline, y MEDLARS base de datos Health Services Technology Assessment Research (HSTAR)
- Revistas médicas reconocidas por el Secretario de Salud y Servicios Humanos federal bajo la Sección 1861 (t)(2) del Acta de Seguridad Social federal
- Los siguientes compendios de referencia: el American Hospital Formulary Service-Drug Information, el American Medical Association Drug Evaluation, el American Dental Association Accepted Dental Therapeutics, y el United States Pharmacopoeia-Drug Information

Los hallazgos, estudios, o investigaciones hechas por o bajo los auspicios de las agencias gubernamentales federales e institutos de investigación federales nacionalmente reconocidos, incluyendo la Agencia para la Política e Investigación de Cuidado de Salud y los Institutos Nacionales de Salud, Instituto Nacional del Cáncer, la Academia Nacional de las Ciencias, la Administración de Financiamiento de Cuidado de Salud y cualquier junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de Salud para fines de evaluar el valor

médico de los servicios de salud; y abstractos revisados por pares aceptados para presentación en reuniones principales de la asociación médica.

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

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

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

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

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

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

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

Área de Servicio significa los siguientes condados: Albany, Columbia, Dutchess, Genesee, Greene, Jefferson, Lewis, Livingston, Monroe, Oneida, Ontario, Orange, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Sullivan, Ulster, Warren, Washington, y Westchester en el estado de Nueva York y tales otros condados que puedan más adelante ser aprobados por el Departamento de Salud del estado de Nueva York para que MVP emita cobertura del programa Child Health Plus. Debe residir en el área de servicio para recibir cobertura bajo este Contrato.

Quién Está Cubierto

Quién Está Cubierto Bajo Este Contrato

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

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

Renovación de la Cobertura

Revisaremos su solicitud de cobertura para determinar si cumple con los requisitos de elegibilidad de Child Health Plus. Debe volver a presentar su solicitud periódicamente ante nosotros para que podamos determinar si siempre cumple con los requisitos de elegibilidad. Dicho proceso se llama **renovación**. Debe renovar su cobertura una vez por año a menos que otro niño en su familia solicite cobertura con nosotros después que usted haya recibido cobertura. Si otro niño en su familia solicita cobertura con nosotros deberá renovar a todos los niños cuando ese niño solicite cobertura. Por lo tanto, todos los

niños en su familia que estén cubiertos por nosotros renovarán su cobertura una vez por año en la misma fecha. La no renovación de cobertura podrá resultar en la terminación de este Contrato.

Cambio de Circunstancias

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

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

MVP HEALTH CARE

Sus Beneficios

Beneficios Hospitalarios

Atención en un Hospital

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

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

Servicios Cubiertos de Paciente Hospitalizado

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

- Cama y comida diaria, incluyendo una dieta especial y terapia de nutrición
- Servicio de cuidado de enfermería general, especial y crítica pero no el servicio de enfermera privada
- Comodidades, servicios, suministros y equipo relacionado a operaciones quirúrgicas, anestesia e instalaciones para el cuidado intensivo o especial
- Oxígeno y otros servicios y suministros terapéuticos de inhalación
- Fármacos y otros medicamentos que no sean experimentales o con fines de investigación
- Sueros, materiales biológicos, vacunas, preparaciones intravenosas, vendajes, yesos, y materiales para estudios diagnósticos
- Productos sanguíneos, excepto cuando la participación en un programa voluntario de reemplazamiento sanguíneo esté disponible
- Comodidades, servicios, suministros. y equipo relacionado con estudios diagnósticos y el monitoreo de funciones fisiológicas, incluyendo pero no limitadas a estudios y exámenes de laboratorio, patología, cardiografía, endoscópicos, radiológicos, y electroencefalográficos
- Comodidades, servicios y suministros relacionados a la medicina física y terapia ocupacional y de rehabilitación
- Comodidades, servicios y suministros y equipo relacionado a la terapia de radiación y nuclear
- Comodidades, servicios, suministros, y equipo relacionado al cuidado médico de emergencia
- Comodidades, servicios, suministros, y equipo relacionado a los servicios de salud mental, abuso de sustancias y de abuso del alcohol
- Quimioterapia
- Terapia de radiación
- Cualquier servicio médico, quirúrgico, o relacionados, suministros y equipo que sea habitualmente suministrado por el hospital salvo en la medida que estén excluidos por este Contrato

Atención de Maternidad

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

Tiene la opción de ser dada de alta antes de 48 horas (96 horas en caso de cesárea). Si opta por una dada de alta más temprana, proveeremos los beneficios para una visita de cuidado a domicilio si nos la solicita dentro de 48 horas del parto (96 horas por cesárea). La visita de cuidado a domicilio se hará dentro de 24 horas de su dada de alta del hospital o de su solicitud para atención a domicilio. La visita de cuidado a domicilio se hará además de las visitas a domicilio cubiertas bajo la sección **Otros Servicios Cubiertos** en la página 15 de este Contrato.

Cuidado de Mastectomía

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

Limitaciones y Exclusiones para los Beneficios Hospitalarios

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

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

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

Servicios Médicos

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

Excepto en casos de emergencia o para ciertos servicios de obstetra y ginecología, usted está cubierto por los siguientes servicios médicos solamente si su PCP provee, hace los arreglos o autoriza los servicios médicos y, de ser requerido, MVP ha dado su aprobación previa por escrito.

Puede recibir servicios médicos en uno de los siguientes sitios:

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

Servicios Médicos Cubiertos

Proveeremos beneficios para los siguientes servicios médicos:

Cuidado General Médico y de Especialista, Incluyendo Consultas

Servicios de Salud Preventivos y Exámenes Físicos

Beneficios incluyen:

- Visitas de chequeo de salud para niños de acuerdo al programa de visitas establecido por la Academia Americana de Pediatría
- La administración de inmunizaciones de rutina de acuerdo al programa de inmunizaciones recomendado por el Comité de Asesoría sobre las Prácticas de la Inmunización. Las inmunizaciones deben obtenerse por medio del programa de Vacunas para Niños.
- Educación y consejería sobre la nutrición
- Prueba de audición
- Servicios sociales médicos
- Examen de la vista
- Prueba de tuberculina
- Exámenes de laboratorio clínico y radiológico
- Detección de plomo

El Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades, Lesiones, u Otras Condiciones

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

- Cirugía de paciente ambulatorio realizada en el consultorio de un proveedor participante o en un

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

Terapia Física y Ocupacional

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

Terapia de Radiación, Quimioterapia, y Hemodiálisis

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

Los Servicios de Obstétra y Ginecología

Prenatal, parto y dada a luz así como servicios de posparto están cubiertos con respecto al embarazo. No necesita la autorización de su PCP para el cuidado relacionado al embarazo si recurre al cuidado de parte de un proveedor participante calificado para los servicios obstétricos y ginecológicos.

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

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

Detección del Cáncer Cervical

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

Atención del Cáncer del Seno

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

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

Servicios de Trasplante

Proveeremos beneficios para los servicios de trasplante de órganos y medula ósea, incluyendo células madre y trasplante de tejidos. Estos servicios deben ser obtenidos mediante la Red de Trasplante de MVP. Puede obtener una descripción de esta Red llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: **1-800-662-1220**).

Cirugía Bariátrica

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

Factor de Coagulación de la Sangre

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

Atención de Emergencia

Visitas a la Sala de Emergencia del Hospital

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

Si recurre a la sala de emergencia, usted o alguien en su nombre debe notificarnos dentro de 48 horas de su visita o tan pronto como sea razonablemente posible. Si los servicios de sala de emergencia prestados no fueron para el tratamiento de una condición de emergencia como se define en la sección de Servicios de Emergencia en la página 4, la visita a la sala de emergencia no será cubierta.

Admisiones de Emergencia Hospitalarias

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

Servicios Médicos Pre-Hospitalarios

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

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

Servicios de Salud Mental y de Desórdenes de Uso de Sustancias

Servicios de Salud Mental y de Desórdenes de Uso de Sustancias para Pacientes Hospitalizados

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

- Sea operada por la Oficina de Salud Mental bajo la sección 7.17 de la Ley de Higiene Mental
- Haya sido emitida un certificado de operación de acuerdo al Artículo 23 o el Artículo 31 de la Ley de Higiene Mental
- Sea un hospital general según se define en el Artículo 28 de la Ley de Salud Pública

Visitas para el Tratamiento de Condiciones de Salud Mental y para el Tratamiento de Desorden de Tratamiento de Sustancias

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

Otros Servicios Cubiertos

Equipo y Suministros Diabéticos

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

- Monitores de glucosa en la sangre
- Monitores de glucosa en la sangre para las personas con discapacidad visual
- Sistemas de administración de datos
- Tiras reactivas para monitores y lectura visual
- Tiras reactivas de orina
- Material para administrar una inyección
- Cartuchos para personas con discapacidad visual
- Insulina
- Jeringas
- Bombas de insulina y accesorios a los mismos
- Aparatos de infusión de insulina
- Agentes orales
- Equipo y suministros adicionales designados por el Comisionado de Salud como apropiados para el tratamiento de la diabetes

Educación para la Autogestión de la Diabetes

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

La educación se proveerá al momento en que se diagnostique la diabetes, surja un importante cambio en su condición, el comienzo de una condición que haga necesario los cambios de la autogestión o cuando la re-educación sea médicamente necesaria según lo determine MVP. Tal educación debe ser proveída en un ambiente de grupo cuando sea posible. También proveeremos beneficios para visitas al hogar con fines de educación si es médicamente necesario.

Equipo Médico Duradero, Aparatos de Prótesis, y Dispositivos Ortopédicos

Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés)

Proveeremos beneficios para la compra o alquiler de DME que sea médicamente necesario y ordenado y obtenido de un proveedor participante, incluyendo el mantenimiento de dicho equipo cuando no esté cubierto bajo una garantía.

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

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

El equipo médico duradero incluye:

- Bastones y muletas
- Camas de hospital y accesorios
- Oxígeno y suministros de oxígeno
- Almohadillas de presión
- Ventiladores de volumen
- Ventiladores terapéuticos
- Nebulizadores y otro equipo de cuidado respiratorio
- Equipos de tracción
- Andadores, silla de ruedas y accesorios
- Sillas con orinal y rieles para el inodoro
- Monitores de apnea
- Levantadores para pacientes
- Bombas de infusión de nutrición
- Bombas de infusión ambulatorias

Aparatos de Prótesis

Proveeremos beneficios para accesorios y dispositivos (incluyendo prótesis del seno luego de una mastectomía cubierta) ordenados por y obtenidos de un proveedor participante calificado que reemplace cualquier parte faltante del cuerpo, con la excepción de que no hay ninguna cobertura para próstesis craneales (ej. pelucas). Además, las prótesis dentales están excluidas de la cobertura, excepto aquellas que se vuelvan necesarias debido a una lesión accidental a dientes naturales sanos y proveída dentro de 12 meses del accidente (esta cobertura termina si su cobertura de MVP es terminada, aunque no hayan pasado 12 meses), y/o médicamente necesaria para el tratamiento de una anormalidad congénita o como parte de una cirugía reconstructiva.

Dispositivos Ortopédicos

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

Equipo y Suministros de Ostomía

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

Medicamentos Prescritos y Medicamentos No Prescritos

Alcance de la Cobertura

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

Farmacia Participante

Únicamente pagaremos por medicamentos prescritos y medicamentos no prescritos para uso fuera de un hospital. Excepto en una emergencia, la receta debe ser emitida por un proveedor participante y surtida en una farmacia participante.

Beneficios Para Servicios Relacionados con la Mastectomía

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 requiere que MVP Health Care provea beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía incluyendo

la reconstrucción y cirugía para lograr una simetría entre los senos, una prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía (incluyendo la linfedema). Para más información, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).

El Formulario de MVP

Sobre el Formulario

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

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

Cómo Obtener la Información del Formulario

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

- Está listado en el Formulario
- Necesita la aprobación previa de MVP
- Tiene una cantidad limitada
- Tiene un requisito de terapia escalonada

También se puede acceder al Formulario visitando **mvphealthcare.com/members** y seleccione *Prescription Benefits*.

Cambios al Formulario

MVP les informa a nuestros médicos cuando agregamos nuevos medicamentos al Formulario, cuando cambiamos aprobaciones previas o requisitos de terapias escalonadas o limitaciones de cantidades o cuando retiramos medicamentos previamente aprobados del Formulario. MVP también le informa a usted cuando retiramos medicamentos previamente aprobados del Formulario, sobre cambios a aprobaciones previas o requisitos de terapias escalonadas o limitaciones de cantidades que le afectan. Recuerde que siempre puede obtener información sobre el Formulario llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: **1-800-662-1220**) o visitando **mvphealthcare.com**.

Medicamentos Prescritos Que No Estén en el Formulario

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

Obtener la Aprobación Previa de MVP Cuando Se Necesita

Si su médico de MVP se hará cargo de solicitarla a MVP o si está usando un médico que no es de MVP (pero el médico ha sido aprobado por MVP), usted o el médico que no es de MVP debe seguir las instrucciones listadas en la sección Revisión de Utilización y Presentación de Reclamos en la página 33. Si está usando un médico que no es de MVP y el médico no ha sido aprobado con anterioridad por MVP, no proveeremos la cobertura.

Afiliados Limitados

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

Si MVP tiene la intención de imponer dichas restricciones, le proveeremos un aviso escrito con al menos 30 días de antelación. El aviso especificará la fecha efectiva y el alcance de las restricciones, explicará la razón por las restricciones, su derecho a presentar una queja

y/o apelación y los procedimientos para presentar una queja y una apelación. Puede solicitar una copia de los protocolos de MVP referente a los servicios contraindicados, excesivos o duplicados llamando al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).

Exclusiones y Limitaciones del Formulario de MVP

No proveeremos beneficios para lo siguiente:

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

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

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

Cuidado de Salud a Domicilio

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

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

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

domicilio en la medida que dichos artículos hubieran sido cubiertos si usted hubiera estado en un hospital

Pruebas de Pre Admisión

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

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

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

Habla y Audición

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

Cuidado de Hospicio

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

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

Desorden del Espectro Autista

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

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

Detección y Diagnostico

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

Dispositivos de Asistencia para la Comunicación

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

dispositivos que generalmente no sean útiles para una persona que no tenga un impedimento comunicativo.

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

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

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

Tratamientos de Salud Mental

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

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

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

Cuidado Psiquiátrico y Psicológico

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

Cuidado Terapéutico

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

Cuidado Farmacéutico

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

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

Cuidado de la Vista

Cuidado de la Vista de Emergencia, Preventiva y de Rutina

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

Proveedor de Cuidado de la Visión

Si necesita ayuda ubicando un proveedor de cuidado de la visión puede llamar a MVP al **1-800-852-7826**. Llame a este número si tiene alguna pregunta sobre los servicios de cuidado de la visión cubiertos o sobre los proveedores participantes de cuidado de la visión.

Exámenes de la Vista

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

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

- Historial del caso
- Examen externo del ojo o un examen interno del ojo
- Examen oftalmoscópico
- Determinación de la condición de refracción
- Distancia binocular
- Pruebas de tonometría para exámenes de glaucoma
- Campos visuales gruesos y pruebas de color
- Resumen de hallazgos y recomendación de lentes correctivos

Lentes Recetados

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

Marcos

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

Lentes de Contacto

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

Cuidado Dental

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

Servicios de Cuidado Dental

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

Cuidado Dental de Emergencia

Proveeremos los beneficios para el cuidado dental de emergencia, que incluye el tratamiento de emergencia requerido para aliviar el dolor y el sufrimiento a causa de una enfermedad o trauma dental. No tiene que llamar a su PCD primero y el cuidado dental de emergencia no está sujeto a nuestra aprobación previa.

Cuidado Dental Preventivo

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

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

Cuidado Dental de Rutina

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

- Exámenes dentales, visitas, y consultas cubiertas dentro de un período de seis meses consecutivos (cuando los dientes primarios erupcionan)
- Radiografías, radiografías de la boca entera a intervalos de 36 meses si es médicamente necesario, radiografías mordidas a intervalos de 6 de12 meses o radiografías panorámicas a intervalos de 36 meses de ser médicamente necesarias y otras radiografías si son médicamente necesarias (una vez que los dientes erupcionen)
- Todos los procedimientos médicos necesarios para extracciones sencillas y otra cirugía dental de rutina que no requiera hospitalización, incluyendo el cuidado pre operativo y cuidado post operativo
- Sedación consciente en la oficina
- Amalgama, restauraciones compuestas y coronas de acero
- Otros materiales restaurativos apropiados para los niños

Endodoncia

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

Prostodoncia

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

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

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

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

Ortodoncia

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

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

Los procedimientos incluyen pero no se limitan a:

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

Periodoncia

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

Información Adicional y Cómo Funciona este Plan

Cuando un Especialista Puede Ser Su PCP

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

Referido Permanente a un Especialista Dentro de la Red

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

Referido Permanente a Centro de Cuidado Especializado

Si padece de una condición o enfermedad que ponga en peligro su vida o una condición degenerativa o incapacitante, puede solicitar un referido permanente a un centro de cuidado especializado que sea un proveedor participante. MVP consultará con su PCP, su especialista y el centro de cuidado especializado para decidir si tal referido es apropiado.

Limitaciones y Exclusiones de los Beneficios

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

Cuidado que No Sea Médicamente Necesario

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

Servicios No Cubiertos

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

Práctica Médica Aceptada

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

Cuidado que No Esté Proveído, Autorizado o Arreglado por su PCP

Salvo a como de otro modo se haya establecido en este Contrato, no proveeremos beneficios para el cuidado

que no esté proveído por su PCP o por el proveedor participante luego de obtener una remisión de su PCP (y la aprobación previa de MVP cuando sea requerida). Si opta por obtener cuidado que no se provea por su PCP o por un proveedor participante luego de recibir una remisión de su PCP (y aprobado previamente por MVP, de ser requerido) MVP no será responsable de algún costo en el que usted tenga que incurrir.

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

Servicios Que Comienzan Antes de Que Inicie la Cobertura

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

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

Servicios Luego de la Terminación de la Cobertura

Salvo lo dispuesto específicamente en este Contrato, no proveeremos beneficios por ningún servicio que reciba luego que haya terminado su cobertura con MVP.

Cirugía Cosmética

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

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

La Donación de Sangre Autóloga

Aviación

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

Servicios Ordenados por un Tribunal

No proveeremos beneficios por servicios ordenados por un tribunal, por servicios requeridos como una condición de libertad condicional o por servicios administrativos ordenados, tal como por el Departamento de Vehículos de Motor (incluyendo informes médicos especiales no directamente relacionados al tratamiento e informes preparados en relación a acciones legales), a menos que dichos servicios sean servicios cubiertos médicamente necesarios y usted cumpla con los términos de este Contrato. El cumplir con los términos de este Contrato significa que los servicios deben ser proveídos por su PCP o por un proveedor participante luego de obtener una remisión de su PCP y que este servicio haya sido previamente aprobado por MVP cuando así se requiera.

Comportamiento Criminal

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

Servicios de Custodia y Curas de Reposo

Suministros Médicos Descartables

Salvo lo dispuesto específicamente, no proveeremos beneficios para suministros médicos descartables incluyendo pero no limitándose a pañales, Chux,

esponjas, jeringas, agujas, toallas para la incontinencia, tiras reactivas, catéteres, medias elásticas de soporte, atuendos de compresión, apósitos, y vendajes.

Servicios Experimentales o Servicios con Fines de Investigación

Salvo lo dispuesto específicamente en este párrafo, no proveeremos beneficios para servicios (incluyendo equipo, dispositivos, y medicamentos) que determinemos sean experimentales o con fines de investigación, a menos que sean requeridos por un agente de apelación externo de acuerdo a la sección de Apelaciones Externas en la página 37 de este Contrato.

Si un agente de apelación externo aprueba la cobertura para un tratamiento experimental o con fines de investigación que sea parte de un ensayo clínico, solamente proveeremos beneficios por los costos de los servicios requeridos para proveerle el tratamiento de acuerdo al diseño del ensayo. MVP no será responsable por los costos de los medicamentos de investigación, el equipo o dispositivos, los costos de servicios no relacionados con el cuidado de salud, los costos de la administración de la investigación, o los costos que no sean cubiertos bajo este Contrato por tratamientos no experimentales y no con fines de investigación proveídos en dicho ensayo clínico.

Servicios de Familia

No proveeremos beneficios por servicios proveídos por su familia inmediata.

Servicios Gratuitos

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

Hospital Gubernamental

Salvo lo dispuesto específicamente, no proveeremos beneficios para servicios que reciba en algún hospital u otra instalación o institución que sea propiedad, operada, o mantenida por el Departamento de Asuntos Veteranos, el gobierno federal, o cualquier gobierno estatal o local, o las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos. Sin embargo, proveeremos beneficios para los servicios cubiertos de otra manera en dicho hospital, instalación o institución si las condiciones de la cobertura descritas en la sección, Información Adicional y Cómo Funciona este Plan en la página 23, son satisfechas o por los servicios cubiertos proveídos para condiciones relacionadas con el servicio no militar.

Enfermedades, Lesiones, y Condiciones Relacionadas al Servicio Militar

No proveeremos beneficios por algún servicio en conexión con alguna enfermedad, lesión o condición conectada con el servicio militar si el Departamento de Asuntos Veteranos es responsable de proveer dichos servicios.

Seguro de Automóvil Sin Culpa

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

Otros Programas Gubernamentales de Seguro de Salud y de Beneficios de Salud

Reduciremos nuestros pagos de beneficios bajo este Contrato por la cantidad que califique para recibir por el mismo servicio bajo la ley de seguro, planes de beneficios de salud, o programas gubernamentales. Otro seguro de salud incluye la cobertura por los aseguradores de los planes Blue Cross y Blue Shield, o HMOs o programas similares. Los planes de beneficios de salud incluyen cualquier plan de auto-seguridad o no asegurado tales como los que son ofrecidos por o arreglados por medio de empleadores, fideicomisarios, sindicatos, organizaciones de empleadores, u

organizaciones de beneficios para los empleados. Los programas del gobierno incluyen Medicare o cualquier otra programa federal, estatal o local, excepto el Programa de los Niños Físicamente Discapacitados y el Programa de Intervención Temprana. Esta exclusión aplica aunque no se inscriba, no presente un reclamo apropiado u oportuno, no pague los cargos para el programa, no se presente ante una audiencia o de otra forma no reclame los beneficios a su disposición.

Artículos Personales o de Comodidad

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

Servicios de Manipulación Física o Mecánica. No proveeremos beneficios para ningún servicio quiropráctico, osteopático o servicios similares en conexión con la detección y corrección por medios manuales o mecánicos de un desbalance estructural, distorsión, o subluxación en el cuerpo humano para el fin de retirar la interferencia del nervio y los efectos del mismo. Esta exclusión aplica cuando la intervención del nervio es el resultado de o está relacionada con la distorsión, desalineación o subluxación de o en la columna vertebral.

Medicamentos Prescritos Usados con el Propósito de Tratar la Disfunción Eréctil

Los Medicamentos Prescritos y Biológicos y la Administración de Estos Medicamentos que Se Suministran con el Fin de Causar o Asistir en Causar la Muerte, Suicidio, Eutanasia, o Asesinato Misericordioso de una Persona

Enfermera Privada

Remisiones Prohibidas

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

Procedimientos Reproductivos

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

inflamación de hipo-osmótica, recuperación de esperma mediante la electro estimulación, el diagnóstico genético de pre implantación y la selección de género.

Cuidado de Rutina de los Pies

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

Procedimientos para la Transformación Sexual y Servicios Relacionados

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

Centro de Enfermería Adiestrado y Servicios de Rehabilitación y Servicios de Proveedores Relacionados

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

Costos de Viaje y Transporte

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

Terapias de Visión y Cirugía Correctiva

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

La Compensación Laboral

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

Servicios Fuera de los Estados Unidos

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

MVP HEALTH CARE

Más Información Acerca de Su Cobertura

Primas Para Este Contrato

La Cantidad de las Primas

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

Su Contribución Hacia la Prima

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

Período de Gracia

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

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

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

Cambio en la Prima

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

Cambios en Su Ingreso o Tamaño de Familia

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

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

Terminación de la Cobertura

Podremos terminar este Contrato bajo cualquiera de las siguientes condiciones.

En Caso Que No Se Pague la Prima

Si se le requiere pagar una prima por este Contrato, este Contrato se terminará automáticamente al final del período de gracia si no recibimos su pago.

En Caso Que Se Traslade Fuera del Área de Servicio

Este contrato se terminará automáticamente cuando cese de residir de forma permanente en el área de servicio de MVP según se define en la página 6.

Cuando Ya No Cumpla con los Requisitos de Elegibilidad

Este contrato se terminará automáticamente de acuerdo a lo siguiente:

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

Terminación del Programa de Child Health Plus

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

Nuestra Opción de Terminar Este Contrato

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

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

Su Opción de Terminar este Contrato

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

En Caso de su Muerte

Este Contrato terminará automáticamente en la fecha de su muerte.

Beneficios Después de la Terminación

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

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

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

Derecho a un Nuevo Contrato Después de la Terminación

Cuando Cumpla los 19 Años

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

En Caso Que Termine el Programa de Child Health Plus

Si este Contrato termina debido a la terminación del programa Child Health Plus, podrá comprar un nuevo contrato como subscriptor de pago directo.

Cómo Inscribirse

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

El Nuevo Contrato

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

Revisión de la Utilización y Presentación de Reclamos

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

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

Solicitando Una Revisión Previa al Servicio

Para obtener una aprobación para estos tratamientos o servicios necesita:

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

Decisiones de la Revisión Previa al Servicio

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

Revisión Previa al Servicio Urgente

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

Revisión Previa al Servicio No Urgente

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

Revisión Concurrente

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

Revisión de Reclamo Posterior al Servicio

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

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

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

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

Reglas Especiales Para los Beneficios Farmacéuticos

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

Receta Surtida por una Farmacia

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

Receta No Surtida por una Farmacia

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

- Solicitar al farmacéutico que surta la receta, pague el cargo de la farmacia por la receta y presente un reclamo posterior al servicio para un reembolso a MVP, tal como se describe en la sección de la **Revisión de Reclamo Posterior al Servicio** en la página 34
- Niegue que el farmacéutico surta la receta y solicite una Revisión Previa al Servicio tal como se describe en la sección **Solicitando una Revisión Previa al Servicio** en la página 33
- Si la receta requiere la aprobación previa o si tiene limitaciones especiales, el Reclamo Posterior al Servicio pueda ser rechazado si no se aprobó una Revisión Previa al Servicio antes de la fecha en que se surtió la receta

Procedimiento de Quejas y Apelaciones de Revisión de Utilización

Esperamos que MVP le sirva bien. Si tiene algún problema, hable con su PCP, o llame o escriba al Centro de Servicios a los Afiliados. La mayoría de los problemas se pueden solucionar de inmediato. De otra manera, el problema será manejado de acuerdo al siguiente procedimiento de quejas y apelaciones. Usted puede

solicitarle a alguien de su confianza (tal como un representante legal, un pariente o un amigo) de presentar una queja o una apelación en su nombre. Si necesita ayuda debido a un impedimento auditivo o visual, o si no habla inglés, le podemos ayudar. No le complicaremos las cosas ni tomaremos alguna acción en su contra por presentar alguna queja o apelación.

Cómo Presentar una Queja

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

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

Puede presentar una queja verbal llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP de lunes a viernes entre 8 am a 6 pm. Si nos llama en horas fuera de oficina, por favor deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el día hábil siguiente.

Puede presentar una queja por escrito a la siguiente dirección:

ATTN: MEMBER APPEALS
MVP HEALTH PLAN INC
625 STATE ST
SCHENECTADY NY 12305-2111

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

¿Luego Qué Pasa?

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

- Qué departamento de MVP está atendiendo su queja
- Cómo comunicarse con tal departamento
- Si necesitamos más información

Una vez que recibamos toda la información que necesitemos:

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

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

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

- Llamar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al **1-800-206-8125** o visitando **health.ny.gov**
- Escribir al:

  NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
  BUREAU OF CERTIFICATION AND SURVEILLANCE
  CORNING TOWER
  ALBANY NY 12237
- Llamar al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al **1-800-400-8882** o visitando **dfs.ny.gov**

Apelaciones

Usted o alguien que usted designe puede apelar nuestra decisión de revisión de utilización o cualquier decisión referente a los beneficios. También puede apelar si no le gusta cómo manejamos su queja. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** o escribe a MVP al:

ATTN: MEMBER APPEALS
MVP HEALTH PLAN INC
625 STATE ST
SCHENECTADY NY 12305-2111

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

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

ATTN: MEMBER APPEALS
MVP HEALTH PLAN INC
625 STATE ST
SCHENECTADY NY 12305-2111

MVP le proveerá a los afiliados cualquier ayuda razonable para completar los formularios u otras medidas relacionadas con los procedimientos de apelación incluyendo pero no limitándose a la provisión de servicios de interpretación y números de información gratuitos con capacidad de interpretación TTY/TDD. Todas las determinaciones iniciales y de apelaciones serán asequibles a los inscritos que no hablen inglés y a los inscritos con impedimentos visuales a solicitud. La interpretación oral y otros formatos de material escrito para los afiliados con necesidades especiales están disponibles a solicitud llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al at **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220).

Apelaciones de Primer Nivel

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

MVP cuenta con dos tipos de Apelaciones de Primer Nivel:

Apelaciones de Primer Nivel Expeditas

Puede solicitar una Apelación de Primer Nivel Expedita si necesita la aprobación de MVP para continuar con su cuidado de salud actual o si su médico opina que MVP debe considerar la apelación de inmediato. Debe solicitar una Apelación de Primer Nivel Expedita dentro de 180 días después de recibir la carta de rechazo de MVP. MVP decidirá dentro de 48 horas después que la hayamos recibido. Si está recibiendo servicios hospitalarios en un hospital o instalación médica, debe solicitar una apelación expedita dentro de 24 horas después de recibir la carta de rechazo de MVP. MVP decidirá dentro de 24 horas después que la hayamos recibido. Si MVP rechaza su apelación, usted puede:

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

Apelaciones de Primer Nivel Estándar

En todos los otros casos puede solicitar una Apelación de Primer Nivel Estándar. Debe solicitar una Apelación de Primer Nivel Estándar dentro de 180 días después de recibir su carta de rechazo de MVP o el aviso de rechazo de MVP de una Apelación de Primer Nivel Expedita. MVP decidirá su apelación dentro de 15 días después que la recibamos.

Un **Rechazo de Un Servicio Fuera de la Red** significa un rechazo de una solicitud de autorización previa para recibir un servicio de salud en particular de un proveedor fuera de la red, que se basa en la determinación que el servicio solicitado no es materialmente diferente de un servicio disponible dentro de la red. (Un rechazo de una remisión a un proveedor fuera de la red que se basa en la determinación que un proveedor dentro de la red está disponible para proveer los servicios solicitados no se considera un Rechazo de Servicio Fuera de la Red. Vea Rechazo de Una Remisión Fuera de la Red en la página 36.) Para apelar un Rechazo de un Servicio Fuera de la Red, usted o una persona que designe debe presentar los siguientes artículos con su apelación:

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

Un **Rechazo de Una Remisión Fuera de la Red** significa un rechazo de una solicitud de autorización previa para una remisión a un proveedor no participante cuando

MVP determina que existe un proveedor participante con el entrenamiento y experiencia apropiados para cumplir con sus necesidades de cuidado de salud en particular que puede proveer el servicio de cuidado de salud solicitado. Para apelar un Rechazo de Remisión Fuera de la Red, usted o quien usted designe debe presentar los siguientes artículos con su apelación:

- Una declaración escrita de parte de su médico de cabecera, quien debe ser licenciado, certificado por la junta médica, o elegible por la junta médica como calificado para practicar en el área de especialidad de la práctica apropiada para tratar su condición, que el proveedor(es) participante recomendado por MVP no cuenta con el entrenamiento y experiencia apropiados para cumplir con sus necesidades de cuidado médico en particular para el servicio de cuidado de salud
- Una recomendación de parte de un proveedor no participante con el entrenamiento y experiencia apropiados para cumplir sus necesidades de cuidado de salud en particular y quien pueda proveer el servicio de cuidado de salud solicitado

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

Apelaciones de Segundo Nivel

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

MVP tiene dos tipos de Apelaciones de Segundo Nivel:

Apelaciones Expeditas de Segundo Nivel

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

Apelaciones Estándar de Segundo Nivel

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

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

Tribunal

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

Apelaciones Externas

Su Derecho a Una Apelación Externa

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

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

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

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

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

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

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

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

Su médico de cabecera también debe certificar que su condición o enfermedad de discapacidad o que amenaza su vida es una para la cual los servicios de salud estándares son inefectivos o médicamente inapropiados o para la cual no existe un servicio o procedimiento estándar cubierto por este Contrato que sea más beneficioso o para el cual no exista un ensayo clínico.

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

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

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

El Proceso de Apelación Externa

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

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

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

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

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

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

Si el Agente de Apelación Externa derroca nuestra decisión que un servicio no es médicamente necesario o si aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o con fines de investigación, proveeremos cobertura sujeto a los otros términos y condiciones de este Contrato. Por favor tome nota que si el Agente de Apelación Externa aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o con fines de investigación que es parte de un ensayo clínico, solamente cubriremos los costos de los servicios requeridos para proveerle el tratamiento de acuerdo al diseño del ensayo. No cubriremos el costo de los medicamentos o los aparatos de investigación, los costos de servicios no relacionados con el cuidado de salud, los costos de administrar la investigación o los costos que no estarían cubiertos bajo este Contrato para tratamientos no experimentales o sin fines de investigación brindados en dicho ensayo clínico.

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

Sus Responsabilidades

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

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

Disposiciones Generales

Ninguna Asignación

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

Acción Legal

No puede iniciar una acción legal contra nosotros hasta que no haya recibido la decisión escrita de MVP sobre una apelación de primer nivel según se describe en la sección Procedimiento de Quejas y Apelaciones de Revisiones de Utilización. Tiene que presentar cualquier acción legal en nuestra contra bajo este contrato dentro de tres años a partir de la fecha de nuestra

decisión escrita de apelación de primer nivel. Debe iniciar cualquier acción legal en un tribunal ubicado en el estado de Nueva York. También acuerda defender cualquier acción que presentemos en su contra en un tribunal ubicado en el estado de Nueva York.

Enmienda del Contrato

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

Los Registros Médicos

Al momento de obtener cobertura bajo este Contrato usted nos da permiso de obtener y usar sus registros médicos que contienen información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés). Podremos obtener su PHI de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud. Usaremos y divulgaremos su PHI solamente para los fines de operaciones de pago y el cuidado de salud según permitido por la ley estatal y federal. También podremos divulgar su PHI cuando de otra manera fuera permitido o requerido bajo la ley estatal o federal. Junto con este Contrato también recibirá una copia del Aviso de Privacidad de MVP (vea el Aviso de Privacidad en la página 50 de la sección Información Adicional y Documentos Importantes). El aviso le comunica sobre las medidas que MVP toma para mantener su PHI confidencial y seguro. El aviso también le informa sobre sus derechos de privacidad. Puede solicitar otra copia del aviso de privacidad en cualquier momento ya sea llamando o escribiendo a MVP.

Quién Recibe el Pago Bajo Este Contrato

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

Aviso

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

MVP HEALTH PLAN INC
625 STATE ST
SCHENECTADY NY 12305-2111

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

La Relación de MVP Con los Proveedores

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

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

Tarjetas de Identificación de Afiliado

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

Construcción e Interpretación de Este Contrato

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

Recuperación de los Sobrepagos

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

La No Renuncia a Nuestros Derechos

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

Elección de la Ley

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

Decisiones de Cuidado de Salud

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

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

Segundo, puede nombrar un adulto de confianza para que tome las decisiones por usted. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia u otros cercanos a usted para que sepan lo que usted desea.

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

Poder de Atención Médica

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

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

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

Tarjeta de Donante de Órganos

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

MVP HEALTH CARE

Apéndice

Información Adicional y Documentos Importantes

Autorización para Revelar Información

para Afiliados de Medicaid Managed Care de MVP

Instrucciones para Completar este Formulario

Proteger su confidencialidad es importante para MVP Health Care, Inc. y sus filiales (colectivamente, "MVP"). Si desea que MVP comparta su información médica con otras personas, tiene que darnos su permiso anticipadamente.

Al llenar y firmar este formulario, usted da ese permiso. MVP podrá entonces compartir su información médica con las personas que usted haya autorizado. Por favor lea este formulario detenidamente.

Hay seis secciones en este formulario para completar.

Sección 1: Escriba su nombre, número de identificación como afiliado de MVP y su fecha de nacimiento identificándose como el afiliado de MVP.

Esta sección también se puede utilizar si usted está dando permiso a MVP para que comparta información médica de un menor de edad de quien usted es el padre, la madre o tutor legal.

Sección 2: Escriba el (los) nombre(s), dirección(es) y número(s) telefónico(s) de la(s) persona(s) a quien(es) usted está autorizando a MVP a compartir su información médica.

Asegúrese de escribir el nombre y la dirección completos del contacto. MVP sólo compartirá información si el contacto verifica correctamente el nombre y la dirección que usted ha escrito.

Sección 3: Motivo para revelado de información.

Esta sección informa a MVP el motivo para revelar la información.

Sección 4: Seleccione la información médica que usted está autorizando a MVP a compartir.

Hay tres opciones.

La **primera** opción da a MVP permiso para compartir toda su información médica, excepto información relacionada con VIH/SIDA, psiquiatría y abuso de substancias tóxicas, planificación familiar y embarazo, o enfermedades de transmisión sexual. Usted debe autorizar específicamente a MVP para compartir esta información con otra persona.

La **segunda** opción da a MVP permiso para compartir sólo la información que usted especifique, tal como información sobre su elegibilidad solamente, información específica a un servicio en particular, o información sobre reclamaciones con respecto a un proveedor de servicios específico.

La **tercera** opción da a MVP permiso para compartir información sobre VIH/SIDA, psiquiatría y abuso de substancias tóxicas, planificación familiar y embarazo, o enfermedades de transmisión sexual y se explica detalladamente más adelante. MVP no compartirá esta información si usted no nos ha autorizado específicamente para hacerlo firmando sus iniciales en las líneas señaladas. Por favor lea el aviso especial del Departamento de Salud del Estado de Nueva York en la página 2.

Sección 5: Lea y asegúrese de que comprende sus derechos bajo esta autorización.

Usted puede utilizar esta sección para especificar una fecha de vencimiento en este formulario, de lo contrario continuará vigente indefinidamente o hasta que usted solicite su revocación.

Sección 6: Firme y feche el formulario y escriba su nombre en letra de molde debajo de su firma.

Usted puede utilizar este formulario si está dando permiso a MVP para que comparta información médica de un menor de quien usted es el padre, la madre o tutor legal. De ser así, asegúrese de escribir su relación con ese afiliado.

Si usted está autorizando a una persona a actuar en su nombre suyo, esa persona también debe firmar y fechar el formulario.

Cuando lo haya completado, por favor envíe el formulario de Autorización Para Revelar Información a la dirección o al número de fax que aparece en la parte inferior del formulario.

Sus Derechos Relacionados con la Autorización para Revelar Información

1. Usted puede autorizar a otra persona para apelar en su nombre y representación contra cualquier resolución (con excepción de los afiliados de Medicare, para ello se requiere información adicional). Al hacerlo, usted está ejerciendo su derecho de apelación y ya no se le permitirá apelar contra la misma resolución a usted mismo.
2. MVP no condicionará el tratamiento, los pagos, la inscripción o la elegibilidad para beneficios bajo estos planes de seguro al recibir esta autorización.
3. La información revelada de acuerdo con esta autorización podría ser revelada, a su vez, por la persona autorizada y podría no estar ya protegida por leyes federales o estatales.
4. Si se revela información del historial de problemas de abuso de alcohol o drogas protegida por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2), éstas normas federales prohíben a la persona autorizada a revelar esta información excepto si dicha revelación se permite por consentimiento escrito de la persona a la que se refiere o según lo permita la norma 42 CFR Parte 2.

Sus Derechos Relacionados con la Revelación de Información Confidencial Relacionada con VIH*

Información confidencial relacionada con el VIH es cualquier información que indique que una persona ha sido sometida a una prueba relacionada con el VIH o está infectada con el VIH o tiene una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA, o cualquier información que pueda indicar que una persona ha estado potencialmente expuesta al VIH.

Bajo las leyes del Estado de Nueva York, la información confidencial relacionada con el VIH sólo puede ser revelada a las personas autorizadas por usted firmando un permiso escrito o a personas que necesitan saber su estatus con respecto al VIH para proporcionarle servicios o atención médica, incluyendo: proveedores de atención médica, personas involucradas en asuntos de adopción o colocación en hogares o familias de acogida; padres o tutores que aceptan cuidar a menores; empleados de cárceles y prisiones o personas encargadas de dar seguimiento a casos de libertad condicional o períodos de prueba; trabajadores de servicios de emergencia y otros trabajadores en hospitales; otros centros regulados o consultorios médicos, que estén expuestos a fluidos sanguíneos o corporales durante el desempeño de sus funciones; y organizaciones que supervisan los servicios que usted recibe. Las leyes estatales también permiten que su información relacionada con el VIH sea revelada bajo circunstancias limitadas: por orden judicial especial; a funcionarios de salud pública según lo exijan las leyes, y a compañías aseguradoras, según sea necesario para pagar la atención y el tratamiento. Según las leyes estatales, cualquier persona que revela ilegalmente información relacionada con el VIH podría ser castigada con una multa hasta de $5,000 y encarcelamiento hasta por un año. No obstante, algunas revelaciones ulteriores de dicha información no están protegidas bajo leyes federales. Para más información acerca de la confidencialidad respecto del VIH, llame a la Línea Directa de Confidencialidad respecto al VIH del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, al **1-800-962-5065**.

Al firmar y poner sus iniciales en el lugar indicado en la página 3 de este formulario, la información relacionada con el VIH puede ser revelada a las personas indicadas en el formulario, y por el(los) motivo(s) indicado(s) por usted en el formulario. Usted no tiene que firmar el formulario y puede cambiar de parecer en cualquier momento indicando su cambio de parecer por escrito.

Las leyes lo protegen contra actos de discriminación relacionados con el VIH en asuntos relacionados con vivienda, empleo, atención médica y otros servicios. Para más información llame a la Oficina de Asuntos de Discriminación Relacionados del Estado de Nueva York al **1-888-392-3644** o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al **212-306-7450**. Estas entidades son responsables de proteger sus derechos.

** Virus de inmunodeficiencia humana que causa el SIDA.*

Autorización Para Revelar Información

para Afiliados de Medicaid Managed Care de MVP

Completando este formulario permite a MVP Health Care® revelar la información de salud a aquellos debajo.

Sección 1: Información Sobre el Afiliado Cuya Información Será Revelada *(por favor escriba)*

Nombre del Afiliado	Fecha de Nacimiento	Número de ID del Afiliado

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Sección 2: Información Sobre la Persona(s) Con Quien es Su Información de Salud Para Ser Compartida

Yo autorizo a MVP a revelar mi información médica a:

	Nombre	*Dirección*	*Teléfono*
1)			
2)			

Sección 3: Motivo para Revelado de Información

☐ Solicitud del Individuo ☐ Otro *(explicar)*: _____

Sección 4: Información Médica que Será Revelada *(marque todas las que apliquen)*

☐ Toda información médica *(excepto la información médica indicada más adelante)*

☐ Otro *(especifique la información que usted autoriza a MVP a revelar)*:

_____

Ponga sus iniciales al lado de los asuntos que MVP puede discutir con las personas nombradas.

Iniciales	Información y/o historial relacionado con VIH/SIDA *(ver la página 2 de instrucciones)*
Iniciales	Información y/o historial sobre salud mental
Iniciales	Información sobre diagnóstico y tratamiento de drogas/alcohol
Iniciales	Información sobre embarazo, planificación familiar, aborto
Iniciales	Información sobre enfermedades de transmisión sexual

Sección 5: Lea y Comprenda Sus Derechos *(Ver la página 2 de instrucciones)*

Esta autorización permanecerá vigente hasta que MVP deje de mantener la información médica o hasta que sea revocada por el suscrito de la forma descrita más adelante o hasta que (inserte la fecha o el evento aplicable) _____. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, enviando notificación escrita a la dirección que se indica más adelante. La revocación debe expresar con claridad su deseo de revocar esta autorización y la fecha en que entrará en vigor esta revocación.

Sección 6: Firma y Fecha Este Formulario

Firma de Afiliado de MVP	Letra de Molde Su Nombre	Fecha

Firma Delegada Autorizada	Letra de Molde Su Nombre	Fecha

Devuelva este formulario a:
MVP HEALTH CARE, PO BOX 2207, SCHENECTADY NY 12301-2207

O por fax al:
1-800-765-3808

Información importante desde el
Departamento de Salud del Estado de Nueva York

MVP HEALTH CARE

Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH Hechos

Uno de cada cuatro estadounidenses tiene alguna enfermedades de transmisión sexual (ETS), lo cual significa que 110 millones de personas en los Estados Unidos son portadores de alguna de estas enfermedades y pueden contagiárselas a los demás.

Existen Muchas ETS

Mucha gente cree que sólo existen dos ETS—la sífilis y la gonorrea. En realidad, existen muchas ETS, como herpes, clamidia, verrugas genitales, vaginitis, hepatitis B, y VIH.

ETS se Contagian Durante el Acto Sexual

Las ETS se transmiten de persona a persona por medio de sexo vaginal, sexo anal, o sexo oral.

Algunas ETS también se transmiten por contacto con la piel. Es preciso tener en cuenta que incluso piel aparentemente sana puede estar infectada. Si usted padece otra ETS, es más fácil que se contagie el VIH.

El VIH es una ETS

La mayoría de las personas que tienen el VIH o alguna otra ETS no presentan signos ni síntomas de la enfermedad.

No es posible saber si una persona tiene una ETS con sólo mirarla. Esto quiere decir que usted puede padecer una de estas afecciones y no saberlo. Incluso si usted no presenta signos ni síntomas de la enfermedad, puede contagiársela a otras personas. La única manera de saber con seguridad si uno padece alguna de estas enfermedades es haciéndose la prueba correspondiente.

Usted puede disminuir sus probabilidades de contraer una ETS.

Cada vez que tenga relaciones sexuales, use un condón de látex masculino o femenino y asegúrese de usarlo correctamente. Esto disminuirá sus probabilidades de contraer ETS, entre ellas el VIH. Los condones de látex son una protección muy efectiva contra el VIH y muchas otras ETS (como, por ejemplo, la gonorrea o la clamidia).

Las buenas noticias es que algunas ETS pueden curarse.

Un tratamiento adecuado puede ayudar a personas con VIH u otras ETS incurables. El tratamiento puede ayudarle a llevar una vida sana por más tiempo.

Hágase la Prueba y Comience el Tratamiento

Si usted tiene razones para creer que ha contraído alguna ETS, acuda de inmediato al médico o a una clínica. Para averiguar dónde puede hacerse la prueba para detectar el VIH y otras ETS, llame a los siguientes números.

Una ETS no tratada puede producir daños cerebrales, cardiopatías (enfermedades del corazón), cáncer o incluso la muerte. Las ETS pueden dificultar que la mujer quede embarazada. Mientras más espere para hacerse la prueba y comenzar el tratamiento, mayores daños podrá causarle la enfermedad y más posibilidades habrá de que usted contagie a otras personas.

Fuente: Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Los Recursos

Líneas Directas Nacionales Sobre ETS
1-800-232-4636 (TTY: 1-888-232-6348)

Líneas Directas de Información Sobre VIH y SIDA del Estado de Nueva York
1-800-233-SIDA (TDD: 1-800-369-2437)

health.ny.gov/diseases/aids/general/publications

health.ny.gov/diseases/communicable/std

MVPCLIN0028 (05/2017)

Aviso de Prácticas de Privacidad

MVP Health Plan, Inc.
MVP Health Services Corp.
MVP Health Insurance Company

Fecha de Entrada en Vigor

Este Aviso de las Prácticas de Privacidad entró en vigor el 1 de abril de 2014 y fue revisado el 14 de octubre de 2022.

Este aviso describe de qué manera se podría usar y divulgar su información de salud, y cómo puede acceder a esta información. Revíselo atentamente.

MVP Health Plan, Inc., MVP Health Services Corp., y MVP Health Insurance Company (en conjunto, "MVP" o "nosotros") respetan la confidencialidad de su información de salud y protegerán su información de una manera responsable y profesional. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud, que le proporcionemos este aviso de nuestras prácticas de privacidad y obligaciones legales y que cumplamos los términos de este aviso.

En cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 y las leyes y reglamentos estatales respecto de la confidencialidad de la información de salud, MVP proporciona este aviso para explicar de qué manera podemos usar y divulgar su información de salud para llevar a cabo pagos y operaciones de atención médica y otros propósitos permitidos o exigidos por ley. Se define la información de salud como la inscripción, la elegibilidad, el beneficio, las reclamaciones, y cualquier otra información que se relacione con su salud física o mental, pasada presente, o futura.

Los términos y condiciones de este aviso de privacidad complementan cualquier otra comunicación, políticas o avisos que MVP puede haber proporcionado con respecto a su información de salud. Si surge un conflicto entre este aviso y cualquier otra comunicación, políticas o avisos de MVP, prevalecerán los términos y condiciones de este aviso.

Obligaciones de MVP en Relación con Su Información de Salud

La ley exige que MVP:

- Mantenga la privacidad de la información acerca de su salud en todas las formas, incluidas verbal, escrita, y electrónica
- Capacite a todos los empleados de MVP en la protección de información médica protegida (protected health information, PHI) verbal, escrita, y electrónica
- Limite el acceso a las instalaciones físicas y sistemas de información de MVP al mínimo necesario requerido para proporcionar los servicios
- Mantenga protecciones físicas, electrónicas y de procedimientos que cumplan con los reglamentos federales y estatales para proteger la PHI
- Le notifiquen a usted si ocurre una violación de información de salud no segura
- Le proporcione este aviso de nuestras obligaciones legales y las reglas de privacidad de la información de salud
- Cumpla los términos de este aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento, de acuerdo con la ley aplicable y de hacer que esos cambios sean efectivos para la información de salud que

 ©2022 MVP Health Care

ya tenemos acerca de usted. Una vez revisado, le informaremos que se ha actualizado el aviso, le proporcionaremos información acerca de cómo obtener el aviso actualizado y lo publicaremos en **mvphealthcare.com**.

Cómo Usamos o Divulgamos Su Información de Salud

Como afiliado, usted acepta permitir que MVP comparta información acerca de usted para operaciones de tratamiento, pagos, y atención médica. Las siguientes son las maneras en las que podemos usar o divulgar su información de salud.

Para Tratamiento

Podemos compartir su información de salud con un médico u otro proveedor de atención médica a fin de que ellos le proporcionen tratamiento.

Para Pago

Podemos usar y/o divulgar su información de salud para cobrar pagos de primas, determinar la cobertura de beneficios o proporcionar pagos a proveedores de atención médica que proporcionan tratamiento en su nombre.

Para Operaciones de Atención Médica

Podemos usar o divulgar su información de salud para operaciones de atención médica que son necesarias para permitirnos disponer la provisión de beneficios de salud, el pago de reclamaciones médicas y asegurar que nuestros afiliados reciban un servicio de calidad. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su información de salud para llevar a cabo evaluaciones de calidad y actividades de mejoras (incluidas, p. ej., encuestas), manejo de Casos y coordinación de la atención, autorizaciones, acreditaciones, aseguramiento, clasificaciones de primas, detección de fraude y abuso, revisión médica, y servicios legales. No usaremos ni divulgaremos su información de salud que sea información genética con fines de aseguramiento. También usamos y divulgamos su información de salud para asistir a otros profesionales de atención médica para llevar a cabo determinadas operaciones de atención médica para dichos proveedores de atención médica, como evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia y cualificaciones de proveedores de atención médica y llevar adelante detección o investigación de fraude, siempre que la información usada o divulgada pertenezca a la relación que usted tuvo o tiene con el proveedor de atención médica.

Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud

Podemos usar o divulgar su información de salud para informarle acerca de tratamientos médicos y programas alternativos o acerca de productos y servicios relacionados con la salud que le pueden interesar.

Divulgaciones a un Asociado Comercial

Podemos divulgar su información de salud a otras compañías que llevan a cabo determinadas funciones en nuestro nombre. A estas compañías se las denomina Asociados Comerciales. Estos Asociados Comerciales deben aceptar por escrito proteger su privacidad y seguir las mismas reglas que seguimos nosotros.

Divulgaciones a un Patrocinador del Plan

Podemos divulgar información limitada al patrocinador del plan de su plan de salud grupal (habitualmente su empleador) para que el patrocinador del plan pueda obtener ofertas sobre primas, modificar, enmendar, o terminar su plan de salud grupal y realizar funciones de inscripción en su nombre.

Divulgaciones al Representante Externo

Podemos divulgar a un Representante Externo (miembro de la familia, pariente, amigo, etc.) información de salud que es directamente relevante a la participación de esa persona con su atención o pago de atención , si razonablemente podemos suponer que la persona participa en su atención o el pago de su atención y usted no se opondría.

Divulgaciones a una Aplicación de Terceros

Puede permitirle a MVP que comparta información específica que tiene sobre usted, incluida información sobre su salud, a través de una aplicación de terceros de su elección. De ser así,

MVP puede divulgar su información a una o más aplicaciones de terceros según usted lo permita.

Comunicaciones por Correo Electrónico o por Teléfono

Usted acepta que podemos comunicarnos con usted por correo electrónico o por teléfono, incluidos mensajes de texto, en relación con las primas del seguro o con otros fines relacionados con sus beneficios, reclamaciones, o nuestros productos/servicios, según lo permitido por las leyes aplicables. Su aceptación incluye el consentimiento para recibir comunicaciones por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto de nuestra parte, en la medida en que dicho consentimiento sea exigido o permitido por las leyes aplicables, según la Ley de Protección de Usuarios Telefónicos. Además, usted comprende que dichas comunicaciones (que utilizan software de cifrado para nuestras transmisiones por correo electrónico u otros controles de seguridad para las llamadas telefónicas y los mensajes de texto) pueden contener información confidencial, información de salud protegida o información de identificación personal.

Divulgaciones Que Usted Autoriza

Con la excepción de los escenarios descritos en este aviso, la HIPAA prohíbe la divulgación de su información de salud sin obtener primero su autorización. MVP no usará ni divulgará su información de salud para participar en mercadeo, fuera de las comunicaciones personales, la oferta de un regalo promocional, o según lo establecido en este aviso, a menos que usted haya autorizado dicho uso o divulgación. MVP no usará ni divulgará su información de salud por otros motivos, fuera de los descritos arriba, a menos que usted haya proporcionado la autorización. Podemos aceptar una forma de *Autorización para Divulgar Información* si usted quisiera que compartamos su información de salud con alguna persona por un motivo no mencionado arriba. Con esta forma, puede designar con quién querría que compartamos información, qué información querría que compartamos y por cuánto tiempo quiere que podamos compartir su información con esa persona. Puede disponer de una copia de este formulario llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP. Or visite **mvphealthcare.com/ADI**. Debe completar este formulario y devolverlo a MVP por correo o fax. Puede cancelar esta Autorización en todo momento por escrito y de acuerdo con los requisitos en el formulario.

Divulgaciones a Padres (u Otros Representantes de Terceros) de Menores

MVP tiene una política establecida para proteger la privacidad de menores con diagnósticos confidenciales. MVP ha adoptado esta postura en función de los requisitos legales junto con el compromiso de MVP de proteger la privacidad de sus afiliados que reciben atención para necesidades delicadas.

Si un menor de entre 12 y 18 años recibe servicios o tratamiento relacionados con la salud mental, dependencia a sustancias químicas o abuso de sustancias, enfermedad venérea, VIH/SIDA, planificación familiar, atención prenatal, o servicios relacionados con el aborto, MVP debe tener un formulario de *Autorización de Divulgación de Información* en sus archivos por parte del menor para divulgar la mayor información a un padre, tutor, o representante de terceros. Tenga en cuenta que MVP siempre puede compartir información sobre beneficios/elegibilidad/costos compartidos con un suscriptor para sus dependientes.

Para descargar el formulario de *Autorización de Divulgación de Información*, visite **mvphealthcare.com/ADI**. También puede llamar al número de teléfono del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP que aparece al dorso de su tarjeta de ID de Afiliado de MVP (TTY 711).

Situaciones de Uso y Divulgación Especiales

En determinadas circunstancias, según lo exigido por la ley, MVP podría tener que compartir su información sin su permiso. Algunas de esas circunstancias incluyen lo siguiente:

Usos y Divulgaciones Exigidos por Ley

Podemos usar y divulgar información de salud acerca de usted cuando nos lo exigen las leyes federales, estatales, o locales.

Salud Pública

Podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades, información de nacimientos o muertes o información sobre medicamentos o problemas con productos médicos o para notificar a las personas de retiro de productos que hayan estado usando.

Supervisión de Salud

Podemos divulgar su información de salud a una agencia de supervisión de salud que monitorea el sistema de atención médica y programas de gobierno para actividades de supervisión designadas.

Procedimientos Legales

Podemos divulgar su información de salud en el curso de un procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de un juzgado o tribunal administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada y, en determinadas situaciones, en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

Aplicación de la Ley

Podemos divulgar su información de salud en tanto se cumplan los requisitos legales aplicables, para fines de aplicación de la ley.

Abuso o Abandono

Podemos divulgar su información de salud a una autoridad sanitaria pública u otra autoridad del gobierno autorizada por la ley a recibir informes sobre abuso infantil, abandono, o violencia doméstica de acuerdo con los requisitos de leyes federales y estatales aplicables.

Médicos Forenses, Directores de Funerarias, y Donación de Órganos

Podemos divulgar su información de salud a un médico forense o médico legista para identificar una persona fallecida, determinar la causa de muerte o según lo autorice la ley. Podemos divulgar su información de salud también a directores de funerarias según la necesiten para llevar a cabo sus tareas. Si usted es donante de órganos, podemos liberar su información de salud para adquisición, bancos, o trasplantes.

Propósitos de Investigación

En determinadas circunstancias, podemos usar y divulgar su información de salud para fines de investigación.

Actividad Criminal

Podemos divulgar su información de salud cuando sea necesario para prevenir o reducir una amenaza seria e inminente a la salud y la seguridad de una persona o del público.

Actividad Militar

Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados si usted es miembro del ejército (o veterano del ejército).

Seguridad Nacional

Podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional, inteligencia, y permitirles proporcionar servicios de protección al Presidente y otros.

Compensación de los Trabajadores

Podemos divulgar su información de salud según se autorice para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores y otros programas similares establecidos legalmente.

¿Cuáles Son Sus Derechos?

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información de salud. Mediante la Información de Contacto abajo pueden hacerse solicitudes de restricciones, comunicaciones confidenciales, explicación de divulgaciones, enmiendas a su

escrito; (2) contener el nombre de la entidad contra la cual se registra la reclamación; (3) describir los problemas relevantes; y (4) presentarse dentro de los 180 días del momento cuando se enteró o debió haberse enterado del problema. Le proporcionaremos esta dirección si la solicita.

No Implementaremos Ninguna Acción en Su Contra por Presentar una Queja

No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja de buena fe ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Respaldamos sus derechos a la privacidad de su información médica.

Información de Contacto

Si tiene preguntas o desea solicitar este aviso en un idioma o formato alternativo, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al número de teléfono que aparece a continuación. El número de teléfono también está en la parte trasera o en su tarjeta de ID de Afiliado do MVP para su conveniencia.

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare

Del 1 de octubre al 31 de marzo, llame los siete días de la semana 8 am a 8 pm Hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llamada de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm Hora del Este.

1-800-665-7824 (TTY 711)

Centro de Servicios a los Afilados de MVP

Lunes–viernes, de 8 am a 6 pm Hora del Este.

Afiliados de MVP Medicaid, Child Health Plus, y MVP Harmonious Health Care Plan®

1-800-852-7826 (TTY 711)

Afiliados de MVP DualAccess (D-SNP)

1-866-954-1872 (TTY 711)

Todos los Otros Afiliados de MVP

1-888-687-6277 (TTY 711)

Envíe todas las comunicaciones escritas a:

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

Política de Información Financiera Personal No Pública

MVP Health Plan, Inc. (excepto para los productos de Medicare Advantage), MVP Health Services Corp., y MVP Health Insurance Company (colectivamente "MVP").

Su Privacidad es Importante para MVP

MVP está comprometido a salvaguardar su información. Deseamos que comprenda qué tipo de información podremos recaudar y cómo podremos divulgar dicha información. Esta Política de Información Financiera Personal No Pública (la "Política") explica la recaudación, uso, retención y seguridad de información personal no pública tal como: su número de seguro social, su historial de pagos, su fecha de nacimiento y su estado como afiliado de MVP.

Cómo recauda la información MVP. Recaudamos la información financiera personal no pública suya de las siguientes fuentes:

- Sus solicitudes y otros formularios;
- Las transacciones que haga con nosotros, nuestros afiliados, y otros; y
- Las agencias de informes de los consumidores, en algunos casos.

La divulgación de su información. No divulgamos ninguna información financiera personal no pública sobre nuestros afiliados o antiguos afilados a nadie, excepto dentro de lo permitido por la ley. Podremos divulgar la siguiente información a aquellas compañías que lleven a cabo servicios de mercadeo en nuestro nombre a otras compañías con las que hemos suscrito acuerdos conjuntos de mercadeo:

- Información que recibamos de parte suya en las solicitudes u otros formularios, tales como su nombre, dirección o estado como afiliado de MVP;
- Información sobre las transacciones que haga con nosotros, nuestros afiliados u otros, tales como la cobertura de su plan de salud, sus primas, y su historial de pagos.

Nuestros antiguos afiliados. Aunque haya dejado de ser afilado de MVP, nuestra Política se seguirá aplicando en su caso.

Nuestras prácticas de seguridad y la precisión de la información. También tomamos medidas para salvaguardar la información de los afiliados. Restringimos el acceso a la información financiera personal no pública de nuestros afilados a aquellos empleados de MVP que necesiten saber esa información en el desempeño de sus responsabilidades laborales. Mantenemos salvaguardias físicos, electrónicos y de procedimiento que cumplen con los estándares federales y estatales para proteger la información de los afiliados. También contamos con controles internos para mantener la información de los afilados lo más precisa y completa que podamos. Si usted opina que alguna información suya no sea exacta, por favor infórmenos al respecto.

Otra Información

Esta Política se aplica a los productos y servicios que sean comprados u obtenidos de MVP. Nos reservamos el derecho de cambiar esta política y cualquiera de las políticas descritas anteriormente, en cualquier momento. Los ejemplos contenidos en esta política son ilustraciones; no se pretende con ellos ser exclusivo ni exhaustivo.

Información de Contacto

Los afiliados pueden obtener una copia de nuestro Aviso de Privacidad visitando **mvphealthcare.com/notices** y seleccionando *Privacy Notices* (Aviso de Privacidad), o llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-888-687-6277** (TTY 711).

 ©2022 MVP Health Care

Encuesta de Salud

MVP Health Care® quiere mantenerlo sano. La información que nos brinde en esta encuesta se utilizará solamente para evaluar la condición de su salud en general y para determinar si una de sus enfermeras o manejadores de caso pueda asistirle con sus necesidades de cuidado de salud. Si prefiere completar esta encuesta por teléfono, por favor llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). Sus respuestas serán confidenciales y no se usarán para determinar su elegibilidad para el seguro de salud.

Por favor complete la encuesta para cada miembro de su familia que haya sido inscrito(a) en el programa de Medicaid.

Sección 1: Información del Afiliado de MVP *(por favor escriba)*

Nombre del Afiliado			Número de ID del Afiliado
Fecha de Nacimiento	Número Telefónico en Casa	Número Telefónico Alternativo	

Sección 2: Preguntas de Salud—estas preguntas corresponden a usted únicamente.

1. ¿Cuál es el idioma principal en su casa? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Si el inglés no es su idioma principal ¿hay alguien que le pueda interpretar? ☐ Sí ☐ No

Si respondió ***Sí***, ¿quién es esa persona? _____

2. ¿Quién es su Proveedor de Cuidado Primario? _____

3. ¿Se ha hecho un examen físico recientemente? ☐ Sí ☐ No

Si respondió ***Sí***, cuéntenos de cualquier problema de salud que haya sido identificado y para el cual le podríamos ayudar.

_____

_____

4. Si no se ha hecho un examen físico recientemente ¿necesita ayuda con alguno de los siguientes para hacer una cita?

☐ Transporte ☐ Un nuevo proveedor de cuidado de salud ☐ Otro: _____

5. ¿Está tomando algún medicamento en este momento? ☐ Sí *(listar abajo)* ☐ No

Medicamentos Recetados por un Proveedor	Hierbas/Medicamentos Sin Receta

6. ¿Está recibiendo alguno de los siguientes servicios a largo plazo?

☐ Cuidad domiciliario por una enfermera ☐ Cuidado personal ☐ CDPAS ☐ Enfermería privada

☐ Cuidado diario para adultos ☐ Otro: _____

7. ¿Fuma? ☐ Sí ☐ No De responder ***Sí***, ¿desea ayuda para dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No

8. ¿Tiene la hepatitis C? ☐ Sí ☐ No

9. Por favor marque cada condición médica o problema médico permanente para el cual está recibiendo tratamiento.

	Si indicó algún problema, ¿ha recibido atención en la sala de emergencia o ha sido internado en el hospital dentro del último año por esta condición?
☐ **Embarazo** (embarazada ahora)	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Problemas cardíacos**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Hipertensión**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Diabetes**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Asma**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Emfisema o COPD**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio (TIA)**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Cáncer** (indique la parte del cuerpo afectada)	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Problemas renales**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Depresión-tristeza, ansiedad o ataques de pánico que duran más de dos semanas**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Problemas con drogas o alcohol**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Problemas de colesterol elevado**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Convulsiones**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Tuberculosis (TB)**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Problemas de la tiroides**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Enfermedad de la Sangre tal como la anemia de células falciformes**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Problemas de la vista**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Problemas auditivos**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?
☐ **Otro, por favor explique:**	☐ **Sí** ¿Cuántas veces?

10. Por favor cuéntenos de cualquier otro problema o déjenos saber de alguna pregunta con la que necesite ayuda.

_____

_____

_____

_____

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). Gracias por tomarse un momento para completar esta Encuesta sobre su Salud. Esperamos poderle asistir a usted y a su familia con sus necesidades de cuidado de salud. Por favor devuelva su Encuesta de Salud completa a: ATTN: MEDICAID DEPARTMENT, MVP HEALTH CARE, 625 STATE ST, SCHENECTADY NY 12305-2111.

¿Buscando Proveedores?

Para el listado más actualizado de proveedores y centros de salud que son parte de la red de MVP, visite **mvphealthcare.com/findadoctor**.

Si usted necesita ayuda localizando un específico proveedor o necesita una guía impresa, por favor llame al Centro de Servicios a los Afiliados al **1-800-852-7826** (TTY 1-800-662-1220).

MVP®
HEALTH CARE

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

mvphealthcare.com