MERCADO DE BENEFICIOS DE SALUD DE COLORADO
PÓLIZA MÉDICA Y HOSPITALARIA DEL MERCADO

INDIVIDUAL EVIDENCIA DE COBERTURA

SECCIÓN 1: PROGRAMA DE BENEFICIOS (QUIÉN PAGA QUÉ)

Programa de beneficios individual de Gold Rx Copay +Vision Exam Zero X de Friday

63312CO0600068-02

El Programa de beneficios es un resumen de los servicios que se define en el documento de su plan. Consulte el documento de su póliza o plan para obtener detalles sobre las limitaciones para los beneficios que se enumeran a continuación.

AÑO DEL PLAN	2023
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO (CYD)	$0
LÍMITE MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (OOP)	No corresponde.

SERVICIOS GENERALES	**COBERTURA DENTRO DE LA RED**
Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad[1]	Sin cargo
Consulta a especialistas[1]	Sin cargo
Atención preventiva/prueba de detección/vacuna	Sin cargo
PRUEBAS	**COBERTURA DENTRO DE LA RED**
Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo
Imágenes (TC/TEP, IRM)	Sin cargo
SERVICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS[2]	**COBERTURA DENTRO DE LA RED**
Suministro de hasta 30 días por venta minorista y suministro de hasta 90 días por venta minorista y pedido por correo, excepto narcóticos y medicamentos especializados.	
Medicamentos con receta preventivos según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) (nivel 6)	Sin cargo
Medicamentos genéricos preferidos (nivel 1)	Sin cargo
Medicamentos no genéricos preferidos (nivel 2)	Sin cargo
Medicamentos de marca preferidos (nivel 3)	Sin cargo
Medicamentos de marca no preferidos (nivel 4)	Sin cargo
Medicamentos especializados (nivel 5)	Sin cargo
CIRUGÍA AMBULATORIA[2] Es necesario solicitar una autorización previa.	**COBERTURA DENTRO DE LA RED**
Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo
Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo
ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA	**COBERTURA DENTRO DE LA RED O FUERA DE LA RED**
Atención en la sala de emergencias	Sin cargo
Transporte médico de emergencia	
Atención de urgencia	

SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS[2] Se requiere autorización previa, salvo en caso de emergencia.	**COBERTURA DENTRO DE LA RED**
Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo
Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo

SALUD MENTAL Y CONDUCTUAL, Y ABUSO DE SUSTANCIAS[2]	**COBERTURA DENTRO DE LA RED**
Servicios ambulatorios • Las consultas ambulatorias no rutinarias que no sean de emergencia requieren autorización previa.	Sin cargo
Servicios para pacientes hospitalizados • Los pacientes hospitalizados que no sean de emergencia requieren autorización previa.	Sin cargo
MATERNIDAD	**COBERTURA DENTRO DE LA RED**
Visitas generales al consultorio	Sin cargo
Servicios profesionales de maternidad	Sin cargo
Servicios en los centros de maternidad	Sin cargo
OTROS SERVICIOS CUBIERTOS[2]	**COBERTURA DENTRO DE LA RED**
Examen de la vista para adultos	1 examen por año
Asesoramiento sobre nutrición	Sin cargo (4 consultas por año)
Programas de pérdida de peso	Sin cargo (4 consultas por año)
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA U OFTALMOLÓGICA PEDIÁTRICA: para miembros de hasta 19 años	**COBERTURA DENTRO DE LA RED**
Examen de la vista para niños (1 examen por año)	Sin cargo
Anteojos para niños (1 par de anteojos o lentes de contacto cada 24 meses)	Sin cargo
Chequeo dental para niños	Sin cobertura; La cobertura dental para niños puede adquirirse por separado como una póliza independiente.

[1] *Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) o del especialista:* algunos servicios prestados en el consultorio del médico están sujetos a normas de autorización previa y deducibles y coseguros extras.
[2] Es posible que se requiera Autorización previa para estos Servicios cubiertos. Comuníquese con el Plan si tiene preguntas sobre la Autorización previa.

Los productos y servicios son proporcionados por o a través de Friday Health Plans of Colorado, Inc., una filial operativa de Friday Health Plans, Inc.

SECCIÓN 2: PÁGINA DE TÍTULO

FRIDAY HEALTH PLANS OF COLORADO, INC.

MERCADO DE BENEFICIOS DE SALUD DE COLORADO

PÓLIZA MÉDICA Y HOSPITALARIA DEL MERCADO

INDIVIDUAL EVIDENCIA DE COBERTURA

SECCIÓN 3: COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

MERCADO DE BENEFICIOS DE SALUD DE COLORADO

Connect for Health Colorado ("C4HCO") proporciona un mercado en el que las compañías de seguros pueden vender sus productos de seguro. El mercado permite que los compradores, como usted, comparen y elijan entre diferentes opciones de seguro. Después de comparar los planes ofrecidos a través de C4HCO, usted ha elegido un plan asegurado por Friday Health Plans of Colorado, Inc. (la "Compañía de seguro médico", "Friday Health Plans" o "FHP").

PROPÓSITO DE ESTE DOCUMENTO

En esta Evidencia de cobertura (evidence of coverage, EOC), se describen los beneficios de atención médica disponibles para usted en virtud del Plan. También se describen las reglas que se aplican a las personas que participan en el Plan. Para comprender los beneficios y las reglas que se aplican, debe conocer los significados de los términos utilizados en esta EOC. Por lo general, si se utiliza un término con mayúscula inicial en esta EOC, tendrá el significado establecido en la sección DEFINICIONES. Sin embargo, algunos términos en mayúsculas pueden definirse en las secciones de la EOC en las que se utilizan.

Si tiene alguna pregunta sobre el Plan o la información que se establece en esta Evidencia de cobertura, comuníquese con la compañía de seguro médico por escrito a:

Friday Health Plans of Colorado, Inc.
700 Main Street
Alamosa, Colorado 81101
questions@fridayhealthplans.com

O comuníquese con nosotros por teléfono llamando al:

800-475-8466 (línea sin cargo)

Junto con la Solicitud de inscripción, el Resumen de beneficios y cobertura, el Programa de beneficios y la tarjeta de identificación de Miembro, este documento es el contrato completo entre Usted y Nosotros. Ningún agente puede modificar este contrato, ni renunciar a ninguna de sus disposiciones, ni prorrogar el plazo de pago de las primas, ni renunciar a ninguno de los derechos o requisitos del Plan.

Todas las cláusulas adicionales o endosos añadidos con posterioridad a la fecha de emisión, excepto aquellos por los que la aseguradora da cumplimiento a una solicitud formulada por escrito por el Titular de la póliza o ejerce un derecho específicamente reservado en virtud de este documento, o los que aumentan las prestaciones, requerirán la aceptación firmada por el Titular de la póliza.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Friday Health Plans of Colorado, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Friday Health Plans of Colorado no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Friday Health Plans of Colorado:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como los siguientes:
    - Intérprete de lenguaje de señas calificado
    - Información redactada en diversos formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
    - Intérpretes calificados
    - Información redactada en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Friday Care Crew al 1-800-475-8466.

Si cree que Friday Health Plans of Colorado no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el director de Cumplimiento: Compliance Office, 700 Main Street, Alamosa, Colorado 81101; 1-800-475-8644 (TTY: 1-800-659-2656); compliance@fridayhealthplans.com. Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro director de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una reclamación sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en forma electrónica a través del Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscree./main.jsf, o por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamaciones están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al l 800-475-8466.

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-475-8466

Chinese: 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 800-475-8466.

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-696-6775 번으로 전화해 주십시오. 800-475-8466

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-475-8466.

Arabic: 800-475-8466 برقم ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر للغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل

ا ديك لحق ***-***-**** Friday Health Plans كا إن ل ن ل أو ديك شخ دى تساع ص أ ده بخصـ سئلة وص

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-475-8466 .

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-475-8466.

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer: 800-475-8466

Portuguese: I cumpre as leis de direitos civis federais aplicáveis e não exerce discriminação com base na raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. HHS não exclui ou trata de forma diferente devido à raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. 800-475-8466 .

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-475-8466.

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-475-8466 まで、お電話にてご連絡ください。

SECCIÓN 4: ÍNDICE

Índice

SECCIÓN 2: PÁGINA DE TÍTULO 4
SECCIÓN 3: COMUNÍQUESE CON NOSOTROS 5
SECCIÓN 4: ÍNDICE 8
SECCIÓN 5: ELEGIBILIDAD 9
SECCIÓN 6: CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER LA APROBACIÓN DE BENEFICIOS 14
SECCIÓN 7: BENEFICIOS DE LA COBERTURA (QUÉ ESTÁ CUBIERTO) 24
SECCIÓN 8: LIMITACIONES Y EXCLUSIONES (QUÉ NO ESTÁ CUBIERTO) 70
SECCIÓN 9: RESPONSABILIDAD DE PAGO DE LOS MIEMBROS 76
SECCIÓN 10: PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS (CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO) 82
SECCIÓN 11: DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA 85
SECCIÓN 12: RESCISIÓN, NO RENOVACIÓN, CONTINUACIÓN 86
SECCIÓN 13: APELACIONES Y RECLAMACIONES 91
SECCIÓN 14: INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS EN LAS TARIFAS Y LA PÓLIZA 99
SECCIÓN 15: DEFINICIONES 99

SECCIÓN 5: ELEGIBILIDAD

ELEGIBILIDAD DE LOS SOLICITANTES

C4HCO determinará si usted es elegible para recibir cobertura en virtud del Plan según su Solicitud. Si es elegible y decide inscribirse en el Plan, C4HCO lo ayudará con su inscripción. Si C4HCO determina que usted no es elegible, C4HCO se lo informará. C4HCO le dará la oportunidad de apelar la determinación.

Para que una persona sea elegible para inscribirse como suscriptor, debe cumplir con los siguientes criterios:

- Vivir en el Área de servicio de Friday Health Plans.
- Completar y enviar a Connect for Health Colorado ("C4HCO") tales formularios o Solicitudes de inscripción que el Mercado pueda solicitar razonablemente.□
- Ser ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos.

ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES

Además, C4HCO determinará si sus Dependientes son elegibles para recibir cobertura en virtud del Plan. Si uno o más de sus Dependientes son elegibles y decide inscribirlos en el Plan, C4HCO lo ayudará con sus inscripciones. Si C4HCO determina que uno o más de sus Dependientes no son elegibles, C4HCO se lo informará. C4HCO le dará la oportunidad de apelar la determinación.

Los siguientes son Dependientes aceptables:

- Cónyuge legal del Suscriptor o cónyuge legal para quien un tribunal haya pedido cobertura (en el término "Cónyuge", se incluye a un compañero en una unión civil válida en virtud de la ley estatal).

- Hijo biológico. Hijo adoptado. Un hijastro. Un niño menor de edad para quien un tribunal ha pedido cobertura. Un niño puesto en adopción con el suscriptor. Un niño para quien un tribunal ha designado al suscriptor o al Cónyuge de este como su tutor legal.

    - El hijo debe ser menor de veintiséis (26) años.

PERSONAS QUE NO SON ELEGIBLES

El Plan puede considerar que Usted y sus Dependientes no son elegibles si se produjo una de las siguientes situaciones en el pasado.

- No realizó los pagos adeudados al Plan.

- Llevó a cabo un acto o una práctica que se consideren fraude, con respecto a la cobertura del Plan.

- Realizó una falsa representación de hecho, en relación con la cobertura del Plan.

Además, una persona que suscribe o su Dependiente no son elegibles si cumplen con alguno de los siguientes enunciados.

- Una persona que es elegible o está inscrita para recibir cobertura en virtud de la Parte A o B de Medicare en el momento de la Solicitud.
- Un hijo de acogida del solicitante o Suscriptor.
- Un hijo puesto en la casa del solicitante o Suscriptor por un motivo que no sea para adopción.
- Un nieto del solicitante o suscriptor.
- Una persona en prisión (encarcelada; no se aplica si está esperando la disposición de cargos).
- Una persona que es elegible o está inscrita en Medicaid, ya sea en el momento de la solicitud o después de inscribirse.

ELEGIBILIDAD PARA ADELANTOS DE PRIMAS Y SUBSIDIOS DE COSTOS COMPARTIDOS

ADELANTOS DE PRIMAS:

Algunos Inscritos pueden ser elegibles para ayudar a pagar sus Primas del Plan. C4HCO o el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) decidirán si un Inscrito debe obtener Adelantos de primas cuando los soliciten. En general, para ser elegible para los Adelantos de primas, el Inscrito debe tener ciertos niveles de ingresos del hogar. El Inscrito tampoco debe ser elegible para la Cobertura esencial mínima (que no sea a través del mercado individual o un plan patrocinado por el empleador que sea poco accesible o no proporcione valor mínimo). Si un Inscrito es elegible para recibir adelantos de Primas, el gobierno federal enviará un pago cada mes al Plan. Este pago puede cubrir la totalidad o parte de la Prima del Inscrito.

SUBSIDIOS DE COSTOS COMPARTIDOS

Ciertos Inscritos que reciban Adelantos de primas serán elegibles para recibir ayuda financiera para pagar sus costos de Deducibles, Copagos o Coseguros cuando reciban Servicios cubiertos. C4HCO o el HHS decidirán si un Inscrito es elegible para recibir Subsidios de costos compartidos. Para ser elegible para recibir subsidios de Costos compartidos, el inscrito debe ser elegible para adelantos de primas. El Inscrito también debe inscribirse en un plan que C4HCO considere como plan de “nivel plata”. Como alternativa, el Inscrito debe ser nativo estadounidense en un plan de C4HCO. El término “nativo estadounidense” se define por la Ley de Mejora de la Atención Médica para Nativos (Indian Health Care Improvement Act).

INSCRIPCIÓN Y FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA

INSCRIPCIÓN ABIERTA:

C4HCO tendrá un Período de inscripción abierta. Si usted es elegible, envía su solicitud y selecciona un plan durante este período. Luego, se lo inscribirá para la cobertura. Del mismo modo, si algún

Dependiente es elegible, debe incluir a tal Dependiente en su Solicitud y elegir la cobertura del plan para dicho Dependiente. Deberá hacerlo durante el período inicial de inscripción abierta. Una vez que complete estos pasos, dicho Dependiente estará inscrito para recibir cobertura.

Usted debe estar inscrito en el Plan para inscribir a cualquier Dependiente. Para que Usted y cualquier Dependiente se inscriban en el Plan, también deben aceptar pagar cualquier Prima requerida.

Si usted no se inscribe (y tampoco a sus dependientes elegibles) en el Plan durante el período de inscripción abierta, usted (y sus dependientes elegibles) deben esperar hasta el próximo período de inscripción abierta anual para hacerlo. En ciertos casos, es posible que usted o sus dependientes elegibles se inscriban en el Plan antes del próximo período de inscripción abierta. Lea la sección Inscripción especial para obtener más detalles.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA

Si Usted o sus Dependientes elegibles se inscriben durante el Período de inscripción abierta, C4HCO le informará la fecha en que dicha cobertura entra en vigencia.

INSCRIPCIÓN ABIERTA ANUAL

Cada año (durante septiembre), C4HCO enviará un aviso por escrito a cada Inscrito. En el aviso, se le informará al Inscrito del próximo Período de inscripción abierta. Durante este período, puede decidir si desea elegir la cobertura del Plan para usted y sus dependientes elegibles. También puede realizar cambios en su elección de inscripción anterior. Si desea participar en el Plan, debe completar y presentar la Solicitud requerida por C4HCO durante el Período de inscripción abierta.

Usted debe estar inscrito en el Plan para inscribir a cualquier Dependiente. Para que usted y cualquier dependiente se inscriban en el Plan, también deben aceptar pagar cualquier contribución requerida.

Si usted no se inscribe (y tampoco a sus dependientes elegibles) en el Plan durante el período de inscripción abierta, usted (y sus dependientes elegibles) deben esperar hasta el próximo período de inscripción abierta anual para hacerlo. Sin embargo, en ciertos casos, es posible que usted o sus dependientes elegibles se inscriban en el Plan antes del próximo período de inscripción abierta. Lea la sección Inscripción especial para obtener más información.

DOCUMENTACIÓN DE HIJO DISCAPACITADO

Si inscribe a un hijo que es mayor de veintiséis años (26), debe presentar prueba de la incapacidad y dependencia de dicho hijo cubierto en su caso. Se le solicitará que envíe dicha información al Plan dentro de los treinta y un (31) días de la fecha de inscripción del Hijo cubierto. El Plan también puede requerir pruebas periódicamente durante la cobertura del Hijo cubierto.

INSCRIPCIÓN INCORRECTA

Si usted o cualquiera de sus dependientes no son elegibles para participar en el Plan, no recibirán cobertura del Plan. Esto es válido si Usted o sus Dependientes se han inscrito en el Plan. Si se produce dicha inscripción, el Plan tendrá derecho a solicitar el reembolso directamente de usted. El Plan puede recuperar el costo de cualquier beneficio que se le proporcione a usted o a su Dependiente durante el Período de reembolso, si dichos costos son mayores que la Prima que el Plan recibe de usted o su Dependiente durante el Período de reembolso. El Plan reembolsará su Prima (o la de su Dependiente) por el Período de reembolso solo si usted (o su Dependiente) no recibieron beneficios en virtud del Plan.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Usted y sus Dependientes cubiertos recibirán tarjetas de identificación del Plan cuando se inscriban en el Plan. Debe notificar a la Compañía de seguro si no recibe su tarjeta de identificación después de su inscripción; Usted y sus Dependientes cubiertos serán responsables de presentar la tarjeta de identificación a cada Proveedor de atención médica. Debe presentar la tarjeta de identificación en el momento en que se prestan los servicios de atención médica. Si no lo hace, es posible que deba pagar el costo de esos servicios. El Plan emite tarjetas de identificación solo con fines de identificación. El hecho de tener una tarjeta de identificación del Plan no les dará a Usted ni a ninguna otra persona el derecho a recibir los Beneficios del Plan. El titular de una tarjeta de identificación del Plan debe ser un inscrito para recibir los beneficios del Plan. Si una persona que no puede recibir beneficios del Plan utiliza la tarjeta de un Inscrito para recibir beneficios, esa persona deberá pagar por cualquier servicio de atención médica que reciba.

USO INDEBIDO DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Si le permite a otra persona usar su tarjeta de identificación del Plan, dicho Plan puede pedirle que devuelva su tarjeta de identificación. El Plan también puede rescindir su derecho (y el de sus dependientes cubiertos) a recibir los beneficios del Plan. Si esto ocurre, el Plan le proporcionará un aviso por escrito sobre la rescisión con treinta (30) días de anticipación. El Plan también puede exigirle que abone los costos pagados por el Plan como resultado de su comportamiento.

CAMBIO DE BENEFICIARIO

El derecho a cambiar un beneficiario está reservado para el Titular de la póliza, y el consentimiento de los beneficiarios no es necesario para entregar o ceder esta Póliza, para cambios de beneficiario ni para ningún otro cambio de esta Póliza.

SECCIÓN DE INSCRIPCIÓN

ESPECIAL DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

En ciertos casos, Usted o sus Dependientes elegibles tendrán derecho a inscribirse en el Plan durante el año del plan.

El plan durante el año del plan. Esto significa que no tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para recibir la cobertura del Plan. Después de un evento desencadenante, tendrá un período de inscripción especial de no menos de 60 días. Con el fin de calificar para un período de inscripción especial, es posible que deba presentar pruebas creíbles de cobertura previa y pago de primas anteriores, en función de las reglamentaciones federales. Cuando se le notifique o sea consciente de un evento desencadenante que ocurrirá en el futuro, puede solicitar la inscripción en un nuevo plan de beneficios de salud durante los sesenta (60) días calendario anteriores a la fecha de entrada en vigencia del evento desencadenante, con una cobertura que comience no antes del día en que ocurra el evento desencadenante para evitar una brecha en la cobertura. Debe poder proporcionar documentación por escrito para respaldar la fecha de entrada en vigencia del Evento desencadenante en el momento de la solicitud. La fecha de entrada en vigencia de esta inscripción debe cumplir con las fechas de vigencia de la cobertura que se encuentran en esta sección.

EVENTOS DESENCADENANTES

- La pérdida de su cobertura acreditable por cualquier causa que no sea fraude, declaración falsa o incumplimiento de pago de una prima.

- El hecho de sumar a un dependiente o convertirse en uno a través de matrimonio, unión civil, nacimiento, adopción, colocación para adopción, colocación en cuidado de acogida o al firmar un acuerdo de beneficiario designado si se ofrece cobertura a los beneficiarios designados.

- La inscripción o no inscripción de una persona en un plan de beneficios de salud que sea intencional, inadvertida o errónea y es el resultado de un error, tergiversación o inacción del Plan o el productor.

- Demostrarle al Comisionado de Seguros que el plan de beneficios de salud en el que usted está inscrito ha violado una disposición importante de su contrato en relación con usted.

- Un inscrito de C4HCO se vuelve elegible o ya no reúne los requisitos para el crédito fiscal por pago adelantado federal o las reducciones de costo compartido a través de C4HCO.

- Un inscrito de C4HCO se vuelve elegible o ya no lo es para el crédito fiscal por pago adelantado federal o las reducciones de costo compartido a través de C4HCO.

- Si un cambio en los ingresos hace que un consumidor sea elegible para créditos fiscales de primas o reducción de costos compartidos durante el año del plan y la persona adquirió un plan fuera del Mercado, experimentará un evento desencadenante que le permitirá adquirir un plan del Mercado para aprovechar esos beneficios. Como en todos los casos de inscripción especial, el plan de beneficios recientemente adquirido tendrá un deducible y un límite máximo de gastos de bolsillo que se reajustarán.

- Si obtiene acceso a otra cobertura debido a un cambio permanente en su residencia.

- Un padre o tutor legal cancelan la inscripción de un Dependiente o dicho Dependiente ya no es elegible para el Plan básico de salud para niños.

- Una persona, que no es ciudadana o que tampoco tiene residencia legal, obtiene subestado.
- O un nativo estadounidense, según se define en la Sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica para Nativos (Indian Health Care Improvement Act), puede inscribirse en un plan de salud calificado o cambiar de un plan de salud calificado a otro una vez por mes.

FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA

- En el caso de matrimonio, unión civil o en que una persona pierda una cobertura acreditable, dicha cobertura debe entrar en vigencia a más tardar el primer día del mes siguiente.

- En el caso de nacimiento, adopción, colocación en adopción o cuidado de acogida, la cobertura debe entrar en vigencia en la fecha del evento.

- En el caso de todos los eventos desencadenantes, en los que se adquiera cobertura individual entre el primer y el décimo quinto día del mes, la cobertura entrará en vigencia a más tardar el primer día del mes siguiente.

- En el caso de todos los eventos desencadenantes, en los que se adquiera cobertura individual entre el décimo sexto y el último día del mes, la cobertura entrará en vigencia a más tardar el primer día del mes siguiente.

SECCIÓN 6: CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER LA APROBACIÓN DE BENEFICIOS

Como Miembro, Usted puede recibir servicios cubiertos de Proveedores de la red, incluidos servicios médicos, quirúrgicos, diagnósticos, terapéuticos y preventivos brindados en el Área de servicio de FHP. Los Servicios cubiertos también deben ser Médicamente necesarios. Como Miembro de una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), Usted y Su Proveedor de atención primaria (primary care physician, PCP) deben trabajar juntos para administrar sus servicios de atención médica. Cuando un Servicio cubierto requiere Autorización previa, Usted y Su Proveedor de la red trabajarán con FHP para obtener Autorizaciones previas. Cada Miembro seleccionará, o alguien seleccionará en su nombre, un PCP. Debe elegir Su PCP al consultar el Directorio de proveedores actual de Friday Health Plan o al llamar al equipo de Friday Care Crew de FHP. Un Miembro puede cambiar su PCP en cualquier momento por cualquier motivo, comunicándose con el equipo Friday Care Crew de Friday Health Plan. Es responsabilidad de cada Miembro de Friday Health Plans informar a FHP un cambio de Su dirección postal dentro de los 31 días de dicho cambio de dirección. Los cambios pueden realizarse comunicándose con Friday Care Crew al 800-475-8466. Excepto por los Servicios de emergencia únicamente, los servicios coordinados por un Proveedor de la red o Previamente autorizados por FHP y obtenidos de un Profesional o Proveedor de la red se consideran como Servicios cubiertos. Debe haber una Autorización previa para que toda la atención de Proveedores fuera de la red se considere como un Servicio cubierto.

LA RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES DE HMO

FHP ha contratado a Proveedores de atención médica para brindar atención médica accesible para sus Miembros. Esto también se realiza para gestionar sus necesidades de atención médica. Debe elegir a Su PCP de la red de FHP. Debe recibir Su atención de los Proveedores de la red. Excepto por casos poco frecuentes en los que un Proveedor fuera de la red obtenga una Autorización previa de FHP o en situaciones de emergencia, Usted DEBE recibir atención de un Proveedor de la red para que cuente como un Servicio cubierto. Si recibe servicios de atención médica de Proveedores fuera de la red, dicha acción causará un aumento significativo de los costos para Usted. Es vital que confirme que el Proveedor que Usted planea consultar sea un Proveedor de la red. Debe confirmar si el Proveedor forma parte de la red buscándolo en el directorio de Proveedores o comunicándose telefónicamente con Friday Care Crew al 800-475-8466. También puede encontrar el Directorio en www.fridayhealthplans.com.

ACCESO A PROVEEDORES FUERA DE LA RED

Si un Proveedor no tiene contrato con FHP, entonces es un Proveedor fuera de la red. A menos que el Miembro tenga Autorización previa, FHP no cubrirá los gastos del Proveedor fuera de la red y el Miembro deberá pagar los gastos relacionados con los servicios o suministros que sean Fuera de la red. Se otorgará una Autorización previa para un Proveedor fuera de la red cuando FHP concluya que no es posible obtener los servicios médicos necesarios Dentro de la red. Verifique que el Proveedor con el que planea recibir atención sea un Proveedor de la red. Puede averiguar si un Proveedor forma parte de la red consultando el directorio de Proveedores de FHP. El directorio de Proveedores se puede encontrar en www.fridayhealthplans.com o si llama a Friday Care Crew al 800-475-8466. En casos poco frecuentes, un Miembro puede recibir servicios de un Proveedor fuera de la red en un Centro de la red. Si un Miembro recibe atención de un Proveedor fuera de la red en un Centro de la red y el Miembro no ha solicitado específicamente al Proveedor fuera de la red, el Miembro será eximido y no tendrá un mayor costo compartido del que tendría si los tratara un Proveedor de la red. El Plan pagará el Monto permitido que es el monto establecido en virtud de la ley estatal de Colorado para el reembolso de los servicios de atención médica a personas cubiertas en un Centro de la red brindados por un Proveedor fuera de la red o por servicios de emergencia brindados por Proveedores o centros fuera de la red. Si el Inscrito recibe servicios de emergencia de parte de un Centro fuera de la red, el pago del Plan se limitará al Monto permitido. El Plan pagará el Monto permitido que es el monto establecido en virtud de la ley estatal de Colorado para el reembolso de los servicios de atención médica a personas cubiertas en un Centro de la red brindados por un Proveedor fuera de la red o por servicios de emergencia brindados por Proveedores o centros fuera de la red.

AVISO IMPORTANTE SOBRE FACTURACIÓN SORPRESA: CONOZCA SUS DERECHOS

A partir del 1.° de enero de 2020, la ley del Estado de Colorado lo protege de la "facturación sorpresa". A veces se denomina "facturación de saldo" y puede ocurrir cuando recibe servicios cubiertos, que no sean servicios de ambulancia, de un proveedor fuera de la red en Colorado. Esta ley no se aplica a todos los planes de salud y es posible que no se aplique a proveedores fuera de la red ubicados fuera de Colorado. Verifique si figura "CO-DOI" en su tarjeta de identificación; de lo contrario, es posible que esta ley no se aplique a su plan de salud. ¿Qué es la facturación de saldo/sorpresa y cuándo ocurre? Usted es responsable de los montos de costos compartidos requeridos por su plan de salud, incluidos copagos, deducibles o coseguro. Si usted es atendido por un proveedor o utiliza servicios en un hospital u otro tipo de centro que no están en la red de su plan de salud, es posible que deba pagar costos adicionales asociados con esa atención. Estos Proveedores o servicios en hospitales y otros centros a veces se denominan "fuera de la red". Los hospitales, centros o Proveedores fuera de la red a menudo le facturan la diferencia entre lo que Friday Health Plans decide que es el cargo elegible y lo que el Proveedor fuera de la red factura como el cargo total. Esto se conoce como "facturación sorpresa" o "facturación de saldo".

Cuándo NO se le PUEDE facturar el saldo:

Servicios de emergencia

Cuando recibe servicios de atención médica de emergencia, generalmente lo máximo que se le puede facturar por estos servicios son los montos de costos compartidos dentro de la red de su plan, que son copagos, deducibles o un coseguro. No se le puede facturar el saldo por ningún otro monto. Esto incluye tanto el centro de emergencias como cualquier proveedor que consulte para recibir

atención de emergencia.

Servicios que no son de emergencia en un centro dentro o fuera de la red
El hospital o centro debe informarle si se encuentra en una ubicación fuera de la red o dentro de la red que utiliza proveedores fuera de la red. También debe informarle qué tipos de servicios puede prestar cualquier proveedor fuera de la red.

Usted tiene derecho a solicitar que los proveedores dentro de la red presten todos los servicios médicos cubiertos. Sin embargo, es posible que deba recibir servicios médicos de un Proveedor fuera de la red si no hay un Proveedor dentro de la red disponible. Cuando esto sucede, lo máximo que se le puede facturar por los servicios cubiertos es el monto del costo compartido dentro de la red (copagos, deducibles o coseguro). Estos proveedores no pueden facturarle el saldo.

Protecciones adicionales

- Friday Health Plans les pagará directamente a los centros y proveedores fuera de la red. Nuevamente, solo es responsable de pagar sus costos compartidos dentro de la red por los servicios cubiertos.

- Friday Health Plans contará cualquier monto que pague por servicios de emergencia o ciertos servicios fuera de la red (descritos anteriormente) para su deducible dentro de la red y límite de gastos de bolsillo.

- Su Proveedor, hospital o centro deben reembolsar cualquier monto que pague en exceso dentro de los 60 días de haberle informado dicho pago en exceso.

- Un Proveedor, hospital u otro tipo de centro no puede pedirle que limite o renuncie a estos derechos.

Si recibe servicios de un Proveedor, hospital o centro fuera de la red en cualquier OTRA situación, es posible que aún se le facture el saldo o sea responsable del monto total de la factura. Si recibe intencionalmente servicios que no son de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, es posible que también se le facture el saldo.

Si recibe una factura por montos que no sean sus copagos, deducible o coseguro, comuníquese con Friday Care Crew al 800-475-8466.

Información sobre ambulancias
Es posible que se le facture el saldo por los servicios de ambulancia de emergencia que reciba si el Proveedor de servicios de ambulancia es una agencia de bomberos financiada con fondos públicos, pero la ley estatal contra la facturación de saldos no se aplica a las compañías privadas que no son agencias de bomberos financiadas con fondos públicos. Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia, como el transporte en ambulancia entre hospitales, no están sujetos a la ley estatal contra la facturación del saldo; por lo tanto, si recibe dichos servicios y no son servicios y no son un servicio cubierto por Friday Health Plans, es posible que reciba una factura del saldo.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Un PCP es un Proveedor de la red que elige y que guía, realiza seguimiento y gestiona sus servicios de atención médica. Este trabaja para garantizar la continuidad de la atención para el Miembro. El PCP también trabaja con FHP para obtener una Autorización previa para la atención especializada que el Miembro pueda necesitar. Usted puede seleccionar un Proveedor de atención primaria si decide hacerlo. Usted tiene derecho a designar a cualquier Proveedor de atención primaria que participe en la Red del Plan y que esté disponible para aceptarlo a Usted o a sus Dependientes cubiertos. El Plan no garantiza que el Proveedor de atención primaria que seleccione pueda incorporarlos a Usted o a sus Dependientes cubiertos como pacientes. Sin embargo, el Plan pondrá a disposición un panel adecuado de Proveedores de atención primaria para su elección. Al elegir al PCP, tendrá acceso a un Proveedor que trabajará con Usted para administrar Sus necesidades de atención médica.

Puede comunicarse con la Compañía de seguro médico para obtener información sobre cómo seleccionar un Proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los Proveedores de atención primaria. Puede comunicarse con la Compañía de seguro médico por escrito a:

Friday Health Plans of Colorado, Inc.
700 Main Street
Alamosa, Colorado 81101
questions@fridayhealthplans.com

Si lo prefiere, puede llamar a Friday Care Crew al 800-475-8466.

Puede comunicarse con Connect for Health Colorado para saber si un médico está aceptando nuevos pacientes a través de connectforhealthco.com o puede llamar al 855-752-6749.

PEDIATRA COMO PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Para cualquier Hijo cubierto, puede seleccionar a un pediatra como Proveedor de atención primaria para ese Hijo cubierto. Puede comunicarse con la Compañía de seguro médico para obtener una lista de los Proveedores de atención primaria que son pediatras. Puede comunicarse con la Compañía de seguro médico por escrito a:

Friday Health Plans
700 Main Street
Alamosa, Colorado 81101
questions@fridayhealhtplans.com

Si lo prefiere, puede llamar a Friday Care Crew al 800-475-8466.

IMPORTANCIA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Como regla general, Usted y sus Dependientes cubiertos deben recibir todos los Servicios cubiertos dentro del Área de servicio de su Proveedor de atención primaria.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Friday revisa ciertos servicios de salud para determinar si son o fueron Médicamente

necesarios o Experimentales/en investigación. Este proceso se denomina “revisión de utilización”. En la revisión de utilización, se incluyen todas las actividades de revisión, ya sea que se lleven a cabo antes de que se realiza el servicio (Autorización previa), mientras se realiza el servicio (de manera simultánea) o después de que se realiza el servicio (de manera retrospectiva). Mediante este proceso de revisión, se obtiene como resultado la Autorización previa de un servicio o la denegación de este como beneficio del Plan.

SERVICIOS SUJETOS A AUTORIZACIÓN PREVIA

En la mayoría de los casos, debe obtener una Autorización previa del Plan antes de recibir servicios de atención médica de cualquier persona que no sea su Proveedor de atención primaria. Las consultas a un especialista de la red no necesitan Autorización previa. En general, su Proveedor de atención primaria comenzará el proceso de obtención de Autorización previa en su nombre. Esto se realiza mediante la solicitud de Autorización previa al Plan. Su Proveedor de atención primaria le pedirá que se le permita recibir servicios de otro Proveedor de la red. El Plan responderá a cada solicitud con una aprobación o un rechazo. El Plan le enviará una copia de su respuesta. El Plan también enviará una copia a su Proveedor de atención primaria y al Proveedor de la red que sea el sujeto de la solicitud. Cuando se apruebe una solicitud, el Plan emitirá una Autorización previa. La solicitud de Autorización previa identificará el nombre del Proveedor participante y la(s) fecha(s) en que se prestarán los servicios. La Autorización previa por escrito del Plan garantiza el pago por parte del Plan de todos los servicios cubiertos aprobados en dicha Autorización previa. Esta garantía no se aplica si usted pierde la elegibilidad al Plan antes de la fecha de los servicios.

Si Usted está recibiendo de manera activa un tratamiento Médicamente necesario de un Proveedor de atención médica cuyo contrato con la aseguradora se rescinde por motivos que no sean incompetencia médica o conducta profesional indebida, durante el transcurso del tratamiento médico, Usted puede continuar recibiendo el tratamiento médico para la afección médica de parte del Proveedor si este acepta los términos de pago del acuerdo rescindido y Usted recibe Autorización previa.

El Plan pagará los Servicios cubiertos que requieren Autorización previa solo si obtiene una Autorización previa del Plan antes de obtener los Servicios. Si recibe los servicios sin Autorización previa cuando el Plan requiere esa Autorización previa, el Plan rechazará sus reclamos por dichos servicios.

Para asegurarse de recibir el máximo Beneficio del Plan, debe obtener todos los servicios de atención médica de los Proveedores participantes. También debe cumplir con los requisitos de Autorización previa. Este es el caso, incluso si espera que otro plan o un tercero paguen Sus servicios de atención médica. Debe comunicarse con el Plan al 800-475-8466 si no está seguro de si un servicio necesita una Autorización previa antes de que se presten los servicios.

EXCEPCIÓN PARA ATENCIÓN GINECOLÓGICA

No necesita una Autorización previa para recibir atención obstétrica o ginecológica de un Proveedor participante que sea un ginecólogo obstetra o especialista en salud reproductiva. Tampoco necesita una derivación de su PCP para recibir dicha atención. Para obtener una lista de los Proveedores participantes que se especializan en obstetricia, ginecología o salud reproductiva, puede

comunicarse con el Plan a esta dirección:

Friday Health Plans
700 Main Street
Alamosa, Colorado 81101
questions@fridayhealhtplans.com

Si lo prefiere, puede llamar a Friday Care Crew al 800-475-8466.

EXCEPCIÓN PARA SITUACIONES DE URGENCIA

En casos inusuales en los que tenga una necesidad de urgencia para recibir servicios de atención médica, debe intentar acceder a su Proveedor de atención primaria. Si el acceso a su Proveedor de atención primaria no es una opción, puede recibir atención sin obtener una Autorización previa del Plan. Si su Proveedor de atención primaria no está disponible o no proporciona los servicios de atención médica particulares que necesita, puede recibir atención sin obtener una Autorización previa del Plan. Sin embargo, es posible que el proveedor de atención médica deba cumplir con ciertos procedimientos. Entre estos procedimientos, se incluyen obtener la Autorización previa para algunos servicios. Este párrafo se aplica cuando la situación no califica como una Emergencia médica, como se describe a continuación.

EXCEPCIÓN PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA

No se le exige obtener una Autorización previa del Plan cuando reciba servicios de atención médica en una Emergencia médica. Sin embargo, es posible que el proveedor de atención médica deba cumplir con ciertos procedimientos. En estos procedimientos, se incluye la obtención de la Autorización previa para ciertos servicios que se pueden considerar servicios que no son de emergencia. Si es hospitalizado sin una Autorización previa debido a una Emergencia médica, debe informar al Plan por teléfono sobre la hospitalización al número 800-475-8466. Como alternativa, debe solicitarles al hospital o a un familiar que le informen al Plan. Este aviso debe realizarse el primer día hábil posterior a la admisión al hospital o tan pronto como sea posible desde el punto de vista médico. Si no puede comunicarse con el Plan ni solicitarle a otra persona que lo haga, el aviso puede demorarse hasta que pueda informarle al Plan o solicitarle a otra persona que lo haga. Si puede comunicarse con otras personas, se lo considerará capaz de informar al Plan. El Plan puede negarse a reembolsarle el costo de cualquier tratamiento que no sea de emergencia si no se proporciona el debido aviso al Plan.

No se le negará la cobertura a ninguna persona cubierta para la atención médica/quirúrgica, mental o para el trastorno por abuso de sustancias como resultado de autolesión o intento o finalización de suicidio.

CRONOGRAMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Todos los plazos para los requisitos de Autorización previa se proporcionan de acuerdo con las reglamentaciones estatales y federales aplicables. Al recibir una solicitud de Autorización previa de un Proveedor participante, el Plan revisará y emitirá una determinación que indique si los servicios de atención médica están autorizados. La determinación se emitirá y transmitirá a más tardar el quinto (5.º) día hábil después de que se reciba toda la información relevante.

Autorización previa concurrente: para las determinaciones de beneficios relacionadas con la

atención que se recibe al mismo tiempo que la determinación, dicho aviso se proporcionará a más tardar veinticuatro (24) horas después de la recepción de su reclamo de beneficios.

Revisión de Autorización previa de urgencia con respecto a las solicitudes de Autorización previa de urgencia, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, tomaremos una determinación y le proporcionaremos un aviso a Usted (o a su persona designada) y a su Proveedor, por teléfono, dentro de los 2 días hábiles de la recepción de la solicitud. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro de las veinticuatro
(24) horas. Luego, Usted o su Proveedor tendrán 48 horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le proporcionaremos un aviso a Usted (o a Su persona designada) y a su Proveedor por teléfono dentro de los 5 días de la recepción de la solicitud. La decisión se notificará por escrito en un plazo de dos (2) días hábiles o de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud, lo que ocurra primero.

OTRAS EXCEPCIONES A LOS REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA

No se le exige obtener una Autorización previa del Plan cuando consulte a un Proveedor participante que esté atendiendo en ausencia de su Proveedor de atención primaria. Tampoco se le exige obtener una Autorización previa del Plan cuando reciba exámenes de rutina de un Proveedor participante.

No se requiere Autorización previa para las visitas de terapia a un médico, profesional de la salud del comportamiento u otro Proveedor profesional.

CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Los servicios para ciertas afecciones, tratamientos o procedimientos están cubiertos por el Plan solo si tales servicios, tratamientos o procedimientos se proporcionan en un Centro de atención especializada. Es posible que deba acudir a un Centro de atención especializada para que el Plan cubra su atención. Los Centros de atención especializada se encuentran en todo Estados Unidos. Por lo tanto, es posible que deba viajar fuera del Área de servicio para recibir atención. De ser así, usted será responsable de coordinar el viaje y pagar todos los costos de viaje asociados con el tratamiento en un Centro de atención especializada. El Plan no pagará estos costos. El Plan tampoco pagará por la pensión completa ni ningún otro gasto relacionado con el viaje a un Centro de atención especializada. Los servicios de trasplante están disponibles únicamente en los Centros de atención especializada.

NO USAR UN PROVEEDOR PARTICIPANTE

Como regla general, si recibe servicios de atención médica de un Proveedor que no sea participante, el Plan no pagará dichos servicios. Sin embargo, si el motivo por el que recibe atención de un Proveedor que no sea participante se debe a una Emergencia médica o una situación médica de urgencia, el Plan pagará los Servicios cubiertos que reciba. Esto es cierto solo si usted sigue los otros términos y condiciones explicados en esta Evidencia de Cobertura. Si Usted accede a un Proveedor fuera de la red para recibir servicios de emergencia y que no sean de emergencia, FHP proporcionará divulgaciones sobre la responsabilidad financiera de una persona cubierta por esos servicios. Esta información también está disponible en nuestro sitio web titulado “Apéndice A”. Este documento describe sus derechos como miembro con respecto a la facturación sorpresa.

PORTAL PARA MIEMBROS

Como Miembro de FHP, puede usar el Portal para Miembros en línea para revisar reclamos, imprimir su tarjeta de identificación, consultar el estado de las Autorizaciones previas y realizar muchas otras funciones que lo ayudarán como Miembro. Para ingresar al Portal para miembros, diríjase al sitio web www.fridayhealthplans.com en el enlace Members (Miembros) (que se encuentra en la cinta en la parte superior de la página de inicio) y luego haga clic en Member Hub (Centro de miembros) y haga clic en el Inicio de sesión en el Portal para miembros (ubicado en la parte inferior de la página del Centro de miembros). Se le solicitará que configure su cuenta y necesitará su número de identificación de Miembro.

LISTA DE REQUISITOS PARA SOLICITAR UNA AUTORIZACIÓN PREVIA

Servicio	Se requiere autorización	Servicio	Se requiere autorización
Acupuntura	Sin autorización, límite de 6 consultas	Pruebas de alergia	No
Inseminación artificial	Límite de por vida de 6 ciclos, no se requiere autorización	Amniocentesis	No
Cirugía bariátrica	Sí	Hemoderivados	No
Biopsia de médula ósea	Sí	Biopsia de mama	No
Densitometría trifásica	Sí	Densidad ósea: solo DEXA	No
BRCA	Sí	Rehabilitación cardíaca	Sin autorización, consulte Limitaciones
Extractor de leche materna	El miembro recibe $250 para la compra	Ecografía carotídea	No
Reconstrucción mamaria	Sí	Cirugía de cataratas	No
Quimioterapia	Sí	Servicios quiroprácticos	Sin autorización, consulte Limitaciones
Servicios/cirugía para labio leporino/paladar hendido	Sí	Suministros para el monitor continuo de glucosa	No
Implantes cocleares.	Sin cobertura	Colonoscopia	No
Monitor continuo de glucosa	Sí	Suministros para el tratamiento de presión positiva en las vías respiratorias	No
Tratamiento de presión positiva en las vías respiratorias	Sí	Inyección de Depo Provera	No
Tomografía computarizada/angiografía por tomografía computarizada	Sí	Educación sobre la diabetes	No

Servicio	Se requiere autorización	Servicio	Se requiere autorización
Diálisis	Sí	Suministros para pruebas de diabetes	No
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	Sí, artículos de más de $500	Ecocardiograma	No
EEG: solo para pacientes hospitalizados	Sí	Esofagogastroduodenoscopia/endoscopia	No
Aborto terapéutico	Sí	Inyección epidural	No
Pruebas genéticas	Sí	Essure	No
Audífonos para adultos	Sin cobertura	Audífonos: ≤22 años	No, 1 por oído cada 36 meses
Exploración Hida	Sí	Monitor Holter/de eventos	No
Cuidados médicos en el hogar	Sí, después de las primeras 30 consultas	Ingreso hospitalario: observación <48 horas	No
Cuidados paliativos domiciliarios	Sí, después de los primeros 6 meses	Vacunación contra el VPH	No
Cuidados paliativos para pacientes internados	Sí	Implanon/Nexplanon	No
Análisis para la infertilidad	Sí	Suministros de la bomba de insulina	No
Inyectables	Sí, para medicamentos de más de $1000	DIU/diafragma	No
Admisión de pacientes hospitalizados, preplanificada	Sí	Mamografías	No
Cirugía para pacientes hospitalizados: preplanificada	Sí	Maternidad; global	No
Bomba de insulina	Sí	Dispositivo de acceso para administración de medicamentos	No
Fertilización in vitro	Sin cobertura	Salud mental: pacientes ambulatorios	No
Infusión i.v.	Sí	Pruebas de neuropsicología	No
Mastectomía	Sí	Asesoramiento sobre nutrición	No
Atención de maternidad: Dependientes	El bebé no está cubierto	Concentrador de O_2 y O_2	No
Atención de maternidad: parto vaginal	Se requiere notificación en la admisión para el parto	Vía central de inserción periférica (todos los procedimientos)	No
Atención de maternidad: cesárea	Se requiere notificación en la admisión para el parto	Prueba de función pulmonar (PFT)	No
Atención de maternidad:	Sin cobertura	Radiografías	No

Servicio	Se requiere autorización	Servicio	Se requiere autorización
subrogación			
Salud mental: pacientes internados	Sí	Tomografía computarizada por emisión de fotones individuales/Lexiscan	No
IRM	Sí	Prueba de esfuerzo	No
Estadía del recién nacido: después de la estadía de la mamá	Se requiere notificación	Ligadura de trompas	No
Medicina nuclear	Sí	Ecografías	No
Prueba de esfuerzo nuclear	Sí	Vasectomía	No
Zapatos para diabéticos	Sí	Cuidado de heridas: en el consultorio	No
Aparatos ortopédicos	Sí	Vacunas	No
Pacientes ambulatorios/Cirugía ambulatoria	Sí	Fisioterapia/Terapia ocupacional: habilitación	Sin autorización, consulte Limitaciones
Procedimientos en el consultorio	Sí >$1000	Fisioterapia/Terapia ocupacional: rehabilitación	Sin autorización, consulte Limitaciones
Tomografía por emisión de positrones	Sí	Terapia del habla	Se requiere autorización después de las primeras 30 consultas
Gammagrafía VQ (ventilación y perfusión)	Sí	Pelucas para la alopecia inducida médicamente	Sí

SECCIÓN 7: BENEFICIOS DE LA COBERTURA (QUÉ ESTÁ CUBIERTO)

REGLAS GENERALES

El Plan pagará los siguientes Servicios cubiertos que se les brinden a Usted y a sus Dependientes cubiertos, si lo que se indica a continuación es cierto.

- Los servicios son Médicamente necesarios y se reciben cuando la cobertura del Plan está vigente.
- Los servicios se reciben de un Proveedor de la red (a menos que haya una Emergencia médica).
- Ha obtenido Autorización previa para los servicios cuando esta se requiere.

Incluso si el Plan paga por los servicios cubiertos, debe cumplir con sus obligaciones de copago, coseguro o deducible. Estas obligaciones se encuentran en el Programa de beneficios. Los servicios cubiertos están sujetos a las otras limitaciones que se encuentran en esta EOC.

A. COBERTURA PARA HIJOS RECIÉN NACIDOS Y ADOPTIVOS

1. **Cobertura automática**: su Hijo recién nacido estará cubierto automáticamente por el Plan durante los primeros treinta y un (31) días de vida. Los hijos adoptados estarán cubiertos automáticamente por el Plan durante los primeros treinta días.

Ya sea que el Hijo recién nacido o adoptivo esté cubierto durante solo treinta y un (31) días o esté inscrito para más de treinta y un (31) días, el Deducible familiar y el Límite máximo de gastos de bolsillo se aplican al Hijo recién nacido o adoptivo tal como se aplicarían en el caso de cualquier otro Dependiente del suscriptor..

2. **Hospitalización inicial**: el plan cubrirá la hospitalización de su hijo recién nacido; la hospitalización después del parto vaginal normal no será inferior a cuarenta y ocho (48) horas. Si las cuarenta y ocho (48) horas finalizan después de las 8:00 p. m., su estadía continuará hasta las 8:00 a. m. al día siguiente. La estadía en el hospital después de una cesárea no será inferior a noventa y seis (96) horas. Si las noventa y seis (96) horas finalizan después de las 8:00 p. m., la cobertura continuará hasta las 8:00 a. m. al día siguiente. Además, el Plan cubrirá la circuncisión para los varones recién nacidos.

3. **Enfermedades y lesiones durante el primer mes de vida**: por lo general, el Plan cubrirá el tratamiento de su hijo recién nacido por enfermedad y lesión. Esto incluye la atención y el tratamiento de malformaciones congénitas y anomalías de nacimiento médicamente diagnosticadas para los primeros

treinta y un (31) días de vida de su hijo. Sin embargo, para que la cobertura del Plan de su hijo continúe más allá de los primeros treinta y un (31) días de vida, debe inscribir a su Hijo en el Plan. Consulte la sección Inscripción especial. El plan también incluye el transporte aéreo médicamente necesario al centro de atención terciaria disponible más cercano para recién nacidos.

4. **Labio leporino y/o paladar hendido**: el Plan cubrirá la atención y el tratamiento de un hijo recién nacido con labio leporino, paladar hendido o ambos. Si es necesario desde un punto de vista médico, la atención y el tratamiento incluirán: cirugía oral y facial, intervención quirúrgica, atención de seguimiento prestada por cirujanos plásticos y orales, tratamiento protésico como obturadores, dispositivos para el habla y la alimentación; tratamiento de ortodoncia; tratamiento de prótesis; logopedia de habilitación; tratamiento de otorrinolaringología y evaluaciones y tratamientos audiológicos. El Plan también cubrirá cualquier afección o enfermedad relacionadas con el labio leporino, el paladar hendido u otro problema médico desarrollado como consecuencia de dichas afecciones. Para que la cobertura del Plan de su Hijo continúe más allá de los primeros treinta y un (31) días de vida, debe inscribir a su Hijo en el Plan. Consulte la sección Inscripción especial.

   No existen límites de edad sobre los Beneficios descritos en esta subsección (4). Por lo tanto, estos beneficios están disponibles para todos los inscritos.

5. **Trastornos enzimáticos hereditarios**: el Plan proporcionará cobertura para trastornos enzimáticos hereditarios causados por defectos genéticos únicos involucrados en el metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos y grasos, así como en afecciones alérgicas graves de proteínas, entre las que se incluyen, entre otras, las siguientes afecciones diagnosticadas: fenilcetonuria; fenilcetonuria materna; enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce; tirosinemia; homocistinuria; histidinemia; trastornos del ciclo de la urea; hiperlisinemia; acidemia glutárica; acidemia metilmalónica; acidemia propiónica; alergias, relacionadas o no con la inmunoglobulina E, a múltiples proteínas alimenticias; síndrome de enterocolitis grave inducida por proteínas alimenticias; trastornos eosinofílicos como resultado de una biopsia, y absorción deficiente de nutrientes a causa de trastornos que afectan la motilidad, longitud, función y superficie absorbentes del tracto gastrointestinal. En la atención y el tratamiento cubiertos de tales afecciones, se incluirán, en la medida en que sea Médicamente necesario, alimentos médicos para su consumo en el hogar para los cuales un Proveedor participante ha emitido una receta escrita, oral o electrónica. Para que la cobertura del Plan de su Hijo continúe más allá de los primeros treinta y un (31) días de vida, debe inscribir a su Hijo en el Plan. Consulte la sección Inscripción especial. No existen límites de edad sobre los Beneficios descritos en esta subsección (5), excepto los Beneficios relacionados con la fenilcetonuria. Las mujeres en edad de concebir pueden recibir beneficios para la fenilcetonuria hasta los treinta y cinco (35) años. De lo contrario, los beneficios se proporcionan solo hasta los veintiún (21) años. Atención cubierta por el Plan que incluye trastornos enzimáticos hereditario: la atención cubierta por el Plan incluirá alimentos médicos para uso doméstico, si son médicamente necesarios. “Alimentos médicos” hace referencia a fórmulas metabólicas y sus contrapartes modulares, obtenidas a través de una farmacia. Estos alimentos se designan

y fabrican específicamente para el tratamiento de trastornos enzimáticos hereditarios para los cuales existen métodos de diagnóstico, tratamiento y monitoreo estándares desde el punto de vista médico. Dichas fórmulas se procesan específicamente para deficiencias en uno o más nutrientes. Estos alimentos se ingerirán o administrarán en su totalidad por sonda o vía oral bajo la dirección de un Proveedor de la red. Debe tener una receta de un Proveedor de la red y recibir los alimentos médicos a través de una farmacia. Esto no debe interpretarse como que se aplica a los Inscritos con fibrosis quística, intolerantes a la lactosa o a la soja. La cobertura de alimentos médicos, como se incluye en el presente documento, solo se aplicará a planes de beneficios que incluyan un beneficio de farmacia aprobado y no se aplicará a medicamentos alternativos. Dicha cobertura solo estará disponible a través de los Proveedores de farmacia participantes e incluirá alimentos médicos para uso en el hogar, si son Médicamente Necesarios.

6. **Cirugía reconstructiva para anomalías craneofaciales.** El Plan proporcionará cirugías Médicamente necesarias para mejorar la función de una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades, o para intentar crear una apariencia normal de estas estructuras.

7. **Errores genéticos del metabolismo**: el Plan proporcionará cobertura para trastornos enzimáticos hereditarios causados por defectos genéticos únicos involucrados en el metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos y grasos, así como en afecciones alérgicas graves de proteínas, entre las que se incluyen, entre otras, las siguientes afecciones diagnosticadas: fenilcetonuria; fenilcetonuria materna; enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce; tirosinemia; homocistinuria; histidinemia; trastornos del ciclo de la urea; hiperlisinemia; acidemia glutárica; acidemia metilmalónica; acidemia propiónica; alergias, relacionadas o no con la inmunoglobulina E, a múltiples proteínas alimenticias; síndrome de enterocolitis grave inducida por proteínas alimenticias; trastornos eosinofílicos como resultado de una biopsia, y absorción deficiente de nutrientes

   causadas por trastornos que afectan la superficie absorbente, la función, la longitud y la movilidad del tracto gastrointestinal. En la atención y el tratamiento cubiertos de tales afecciones, se incluirán, en la medida en que sean Médicamente necesarios, alimentos médicos para su consumo en el hogar para los cuales un médico que sea Proveedor participante ha emitido una receta escrita, oral o electrónica. Para que la cobertura del Plan de su Hijo continúe más allá de los primeros treinta y un (31) días de vida, debe inscribir a su Hijo en el Plan. Consulte la sección Inscripción especial.

   No existen límites de edad sobre los Beneficios descritos en esta subsección (5), excepto los Beneficios relacionados con la fenilcetonuria. Las mujeres en edad de concebir pueden recibir beneficios para la fenilcetonuria hasta los treinta y cinco (35) años. De lo contrario, los beneficios se proporcionan solo hasta los veintiún (21) años.

8. **Suplementos alimenticios.** En la atención cubierta por el Plan, se incluirán alimentos médicos para su consumo en el hogar, si son Médicamente necesarios. “Alimentos médicos” hace referencia a fórmulas metabólicas y sus contrapartes modulares, obtenidas a través de una farmacia. Estos alimentos se designan y fabrican específicamente para el tratamiento de trastornos enzimáticos hereditarios para los

cuales existen métodos de diagnóstico, tratamiento y monitoreo estándares desde el punto de vista médico. Dichas fórmulas se procesan específicamente para deficiencias en uno o más nutrientes. Estos alimentos se ingerirán o administrarán en su totalidad por sonda o vía oral bajo la dirección de un Proveedor de la red. Debe tener una receta de un Proveedor de la red y recibir los alimentos médicos a través de una farmacia. Esto no debe interpretarse como que se aplica a los Inscritos con fibrosis quística, intolerantes a la lactosa o a la soja.

Debe contar con una receta de un profesional de la salud con licencia con capacitación específica en el manejo de pacientes diagnosticados con errores genéticos innatos del metabolismo.

- La cobertura de alimentos médicos, como se incluye en el presente documento, solo se aplicará a planes de beneficios que incluyan un beneficio de farmacia aprobado y no se aplicará a medicamentos alternativos. Dicha cobertura solo estará disponible a través de Proveedores de farmacia participantes.

- Los productos con receta modificados con aminoácidos que se utilizan en el tratamiento de errores congénitos del metabolismo de aminoácidos y afecciones alérgicas graves a proteínas, y la nutrición enteral están cubiertos según sea medicamente necesario.

B. SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

1. **Estándares**: su hijo cubierto puede recibir ciertos servicios de intervención temprana cubiertos por el Plan. Estos beneficios están disponibles desde el nacimiento de Su hijo cubierto hasta que alcance los tres (3) años. El Departamento de Servicios Humanos de Colorado debe determinar si su Hijo cubierto tiene retrasos significativos en el desarrollo o una afección física o mental diagnosticadas que tengan una alta probabilidad de causar retrasos significativos en el desarrollo o una discapacidad en el desarrollo. Estos servicios están sujetos a deducibles, pero no a copagos ni coseguros.
2. **Cobertura general**: por lo general, el Plan cubrirá los servicios deintervención temprana especificados en el Plan individualizado de servicios para la familia (Individualized Family Service Plan, IFSP) de su hijo cubierto. Sin embargo, los servicios deben prestarse por un Proveedor participante que esté calificado para brindar servicios de intervención temprana. Es posible que estos servicios no dupliquen ni reemplacen el tratamiento para los trastornos del espectro autista. Los servicios para el tratamiento de trastornos del espectro autista se considerarán como servicio primario. Los servicios de intervención temprana complementarán, pero no reemplazarán, los servicios para los trastornos del espectro autista.

3. **Exclusiones**: el Plan no cubre los siguientes servicios: atención de relevo, transporte médico que no sea de emergencia, coordinación de servicios (según lo definido por la ley estatal o federal) ni tecnología de asistencia.

4. **Excepciones**: las limitaciones anuales sobre los servicios de intervención temprana no

se aplican a servicios de rehabilitación ni terapéuticos que sean necesarios como resultado de una afección médica aguda o rehabilitación posquirúrgica, servicios prestados a un hijo cubierto que no participa en el programa de intervención temprana para bebés y niños pequeños en virtud de la Ley para Individuos con Discapacidades (Individuals with Disabilities Act) o servicios que no se prestan en función de un Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP). Sin embargo, dichos servicios estarán sujetos a un límite de veinte (20) consultas para cada una de las siguientes terapias cada Año del plan: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.

C. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

1. El Plan proporciona cobertura para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del espectro autista para Miembros menores de diecinueve (19) años o, si están inscritos en la escuela secundaria, hasta que el Miembro cumpla veintidós (22) años. En esto se incluye el tratamiento de los siguientes trastornos neurobiológicos: trastorno autista, síndrome de Asperger y autismo atípico como diagnóstico dentro del trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera, según se define en la edición más reciente del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en el momento del diagnóstico. El Proveedor, psicólogo, analista conductual, analista conductual auxiliar, técnico conductual registrado u otro Proveedor debidamente autorizado y, a su vez, supervisado por el Proveedor, psicólogo o analista conductual autorizado debe prestar los Servicios cubiertos.

2. El tratamiento de los trastornos del espectro autista debe identificarse en un plan de tratamiento y puede incluir atención de habilitación o rehabilitación Médicamente necesaria, atención con receta, atención psiquiátrica, atención psicológica, psicoterapia conductista o atención terapéutica. El plan de tratamiento debe cumplir con los siguientes criterios:

   - Debe ser prescrito para una persona diagnosticada con un trastorno del espectro autista por un Proveedor autorizado o un psicólogo autorizado; y proporcionado a una persona diagnosticada con un trastorno del espectro autista por un Proveedor autorizado, un psicólogo autorizado, un analista del comportamiento autorizado u otro Proveedor que esté supervisado por el Proveedor autorizado, el psicólogo oel analista del comportamiento.

D. MALFORMACIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS

1. **Cobertura general**: el Plan cubrirá la fisioterapia y terapia ocupacional y del habla Médicamente necesarias para la atención y el tratamiento de malformaciones y anomalías congénitas de un Hijo cubierto. Esta cobertura solo se aplica desde los tres (3) hasta los seis (6) años del Hijo cubierto.

2. **Limitación anual**: cada año, el Plan pagará hasta veinte (20) consultas por cada tipo de terapia (fisioterapia, ocupacional y del habla) para el Hijo cubierto. Las visitas de terapia deben distribuirse durante todo el Año del plan sin tener en cuenta el motivo del

tratamiento o si el propósito de la terapia es mantener o mejorar la capacidad funcional.

E. BENEFICIOS PARA EL HABLA Y LA AUDICIÓN INFANTILES

1. **Terapia del habla:** si un Hijo cubierto menor de seis (6) años sufre retraso en el habla, el Plan cubrirá hasta veinte (20) consultas de terapia del habla. Sin embargo, el Proveedor participante del Hijo cubierto debe solicitar visitas adicionales. Si se espera que las consultas adicionales de terapia produzcan una mejora significativa, el Plan cubrirá más consultas.

2. **Exámenes auditivos y audífonos:** El Plan cubrirá los exámenes auditivos de rutina del Hijo cubierto que sea menor de diecinueve (19) años. El Plan cubrirá las pruebas de la audición en respaldo de un diagnóstico y una afección médicamente cubierta. El Plan no incluye la audiometría y los timpanogramas de detección en respaldo de un diagnóstico. Se proporciona cobertura para la adquisición, la reparación y el reemplazo de un (1) audífono Médicamente necesario una vez cada tres años. FHP no cubre los audífonos que tengan una funcionalidad que no sea Médicamente necesaria, como la tecnología bluetooth y GPS. Los audífonos solo están cubiertos si se obtienen de parte de Proveedores aprobados.

    - Exclusiones: Los audífonos anclados al hueso están excluidos, excepto cuando se aplica cualquiera de las siguientes condiciones:

        - miembros con anomalías craneofaciales cuyos conductos auditivos anormales o ausentes impidan el uso de un audífono portátil; o

        - miembros con pérdida de la audición de gravedad suficiente para que no se repare adecuadamente con un audífono portátil.

F. BENEFICIOS DE LA VISIÓN Y DENTALES INFANTILES

1. **Hospitalización/anestesia para procedimientos dentales**: el plan cubre la anestesia general. Además, el Plan cubrirá los cargos asociados al hospital o centro, cuando se proporcione anestesia a un hijo cubierto en un hospital, centro quirúrgico ambulatorio u otro centro autorizado. Sin embargo, para que se aplique la cobertura, el Hijo cubierto debe cumplir con las siguientes condiciones:

    - Tener menos de veintiséis (26) años.

    - No casados y certificados médicamente como discapacitados y dependientes de

Usted o su Cónyuge. Además, el hijo cubierto debe tener uno o más de los siguientes:

- Debe tener una afección física, mental o médicamente comprometedora.

- Debe tener necesidades odontológicas para las cuales la anestesia local no es

eficaz debido a una infección aguda, variación anatómica o alergia.

- Debe ser extremadamente poco colaborador, poco comunicativo, incontrolable o ansioso y tener necesidades odontológicas que no puedan posponerse.

- Debe haber experimentado un traumatismo orofacial y dental extensivo.

2. **Atención dental pediátrica:** el diseño de beneficios del Plan no incluye un beneficio dental pediátrico. Ese beneficio está disponible para adquirirse por separado a través de C4HCO como beneficio independiente.

3. **Atención de la visión pediátrica:** el Plan cubrirá un examen de la vista cada Año del Plan para un Hijo cubierto menor de diecinueve (19) años para los servicios prestados por un optometrista, un optometrista terapéutico y un oftalmólogo. Los anteojos para un Hijo cubierto tendrán cobertura por 1 par cada veinticuatro (24) meses e incluyen marcos de anteojos y cristales o lentes de contacto.

G. SERVICIOS PREVENTIVOS ESPECIALES SIN COSTO COMPARTIDO

1. **Cómo no se aplica ningún costo compartido**: cuando Usted o sus Dependientes cubiertos reciben ciertos servicios preventivos de un Proveedor participante, no tienen que abonar un Copago, Deducible o Coseguro por los servicios preventivos. Sin embargo, si Usted o su Dependiente cubierto consultan a un Proveedor participante para más de un propósito, el Proveedor participante podrá facturar por cada propósito por separado. En ese caso, si el motivo principal facturado del servicio es la prestación del servicio o artículo preventivo, entonces se puede imponer el requisito de copago o costo compartido de la visita al consultorio. Si el motivo principal de la facturación del servicio no es la prestación del servicio o artículo preventivo, entonces se puede imponer el requisito de copago o costo compartido de la visita al consultorio. Además, si una prueba de detección "sin costo compartido" se convierte en un procedimiento de diagnóstico, se aplicarán el Deducible y Coseguro apropiados.

2. **Servicios preventivos**: el Plan pagará los servicios preventivos, según las recomendaciones A o B del Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF). FHP revisa las recomendaciones A o B durante todo el año del plan. Si la USPSYF hace un cambio en sus recomendaciones A y B, entonces esos cambios se reflejarán en las prestaciones del siguiente año del plan, entonces esos cambios se reflejarán es las prestaciones que el FHP cubrirá sin costo alguno.

   a. Exámenes de detección en el consultorio

      - Exámenes de detección de abuso de alcohol e intervenciones de asesoramiento del comportamiento para adultos.

      - Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino: si dichos exámenes

se convierten en un procedimiento de diagnóstico, se aplicarán el deducible y coseguro del plan.

- Exámenes de detección de consumo de tabaco para adultos e intervenciones para dejar de consumir tabaco de su médico de atención primaria.

- Atención y exámenes de detección preventivos establecidos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) o la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) para bebés, niños, adolescentes y mujeres, según lo requiera la ley federal.

- Programa para dejar de fumar: FHP cubrirá los programas para dejar de fumar, incluidos los exámenes de detección, los servicios de intervención, las intervenciones del comportamiento y los medicamentos con receta. FHP cubrirá dos intentos para dejar de fumar por año. FHP cubrirá al menos cuatro sesiones de asesoramiento para dejar de fumar individuales, grupales o por teléfono. En el programa para dejar de fumar, se incluyen todos los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ese propósito (parche de nicotina, goma de mascar, pastillas, aerosol nasal e inhalador, bupropión y vareniclina). Un proveedor participante debe prestar los servicios para dejar de fumar o brindarse en virtud de un programa aprobado por el Plan. No hay costos compartidos

  No hay requisitos de costo compartido ni Autorización previa para estos programas para dejar de fumar. Puede acceder a Quitline (línea para dejar de fumar) si llama al 1-800-QUIT-NOW/1-800-784-8669.

  - Goma de mascar de nicotina
  - Parche de nicotina
  - Pastilla de nicotina
  - Aerosol oral o nasal de nicotina: inhalador de nicotina, bupropión
    - Cobertura para que los Proveedores de atención primaria proporcionen intervenciones, incluida la educación o el asesoramiento breve, para prevenir el inicio del consumo de tabaco entre los niños y adolescentes en edad escolar

- El uso de aspirina en dosis bajas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares (ECV) y cáncer colorrectal (CRC) en adultos de 50 a 59 años que tienen un riesgo de ECV del 10 % o superior a 10 años, no tienen un mayor riesgo de sangrado, tienen una esperanza de vida de al menos 10 años y están dispuestos a tomar aspirina en dosis bajas diariamente durante al menos 10 años.

- Detección de hipertensión arterial en adultos de 18 años o mayores.

- Detección de violencia infligida por la pareja íntima (VPI) en mujeres en edad reproductiva y prestar o remitir a las mujeres que arrojan un resultado positivo a servicios de apoyo continuos.

- Detección de infección por tuberculosis latente (ITBL) en poblaciones con mayor riesgo.

- Un (1) examen anual de salud mental y bienestar.

b. Exámenes de detección mediante diagnóstico por imágenes o procedimiento

- Una prueba de detección de cáncer de mama con mamografía por año del plan, que cubre el cargo real de la prueba de detección con mamografía.

    - Los beneficios para los exámenes de detección de mamografía preventiva se determinan cada año de la póliza. Estos beneficios preventivos y de diagnóstico no reducen ni limitan los beneficios de diagnóstico permitidos de otra manera en virtud de la Póliza. Si una persona cubierta recibe más de una prueba de detección en un año de la póliza, se aplican las otras disposiciones de beneficios en la póliza con respecto a los exámenes de detección adicionales.

    - FHP sigue las recomendaciones de las pautas del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologist, ACOG) para la detección de cáncer de mama, que recomienda la prueba de detección de forma más temprana y frecuente que el USPSTF. Los beneficios preventivos de la mamografía incluyen una mamografía de referencia para

personas de treinta y cinco a treinta y nueve años. Una mamografía y un examen clínico de mama por año para las Inscritas de, al menos, cuarenta (40) años y hasta setenta y cinco (75) años. Una mamografía y un examen clínico de mamas a partir de los treinta y cinto (35) y cuarenta (40) años para portadoras del gen BRCA ½. La inscrita con familiares con cáncer o la inscrita con al menos un factor de riesgo de cáncer de mama pueden recibir una mamografía y un examen clínico de mama a partir de los 25 años.

- Cobertura para que los médicos receten medicamentos que reducen el riesgo, como tamoxifeno, raloxifeno o inhibidores de la aromatasa, a mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama y con bajo riesgo de efectos adversos a los medicamentos.

o Detección de depresión en la población adulta general, incluidas las mujeres embarazadas y durante el posparto.

- Detección de trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD) en adolescentes de 12 a dieciocho (18) años. La detección debe implementarse con sistemas adecuados para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado.

- Intervenciones durante el embarazo y después del nacimiento para el fomento de la lactancia materna.

- Cobertura de un suplemento diario que contiene 0.4 mg a 0.8 mg (400 µg a 800 µg) de ácido fólico para las mujeres que están planificando quedar embarazadas o pueden quedar embarazadas.

- Detección de diabetes mellitus gestacional (DMG) en mujeres embarazadas asintomáticas después de las veinticuatro (24) semanas de gestación.

- Detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en mujeres embarazadas en su primera consulta prenatal.

- Detección de la infección por VIH en todas las personas embarazadas, incluidas las que se presentan en proceso de parto o durante el parto, cuyo estado de infección por VIH se desconoce.

- Detección de consumo de alcohol poco saludable en entornos de atención primaria en adultos de dieciocho (18) años o más, incluidas mujeres embarazadas, y suministro a las personas

que acostumbran a beber de manera riesgosa o peligrosa breves intervenciones de asesoría conductual para reducir el consumo no saludable de alcohol.

- Dosis bajas de aspirina (81 mg/día) como medicamento preventivo después de 12 semanas de gestación en mujeres con alto riesgo de preeclampsia.

- Pruebas de detección de anticuerpos Rh(D) para todas las mujeres Rh(D) negativo no sensibilizadas a las veinticuatro (24) a 28 semanas de gestación, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh(D) negativo.

- Detección temprana de la infección por sífilis en todas las mujeres embarazadas.

o Detección de la preeclampsia en mujeres embarazadas con mediciones de la presión arterial a lo largo del embarazo.

- Cobertura de detección de cáncer colorrectal para pruebas de detección temprana de cáncer colorrectal y pólipos adenomatosos a partir de los 45 años y hasta los 85 años. Si una prueba de detección de cáncer colorrectal se convierte en un procedimiento de diagnóstico y luego se lo considera como tal, el Miembro será responsable de cualquier cargo como Deducible y Coseguro.

  o Además de los Inscritos que son elegibles para la cobertura de detección del cáncer colorrectal en función de las recomendaciones A o B del USPSTF, el Plan cubrirá los exámenes de detección de cáncer colorrectal para Inscritos que tengan un alto riesgo de este tipo de cáncer, incluidos aquellos que tengan antecedentes familiares médicos de este cáncer, una ocurrencia previa de cáncer o pólipos neoplásicos anteriormente, una ocurrencia previa de una enfermedad digestiva crónica como una enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa u otros factores de predisposición según lo determine el Proveedor participante.

  o Si una prueba de detección de cáncer colorrectal se convierte en un procedimiento de diagnóstico, se aplicará el deducible y coseguro del plan.

- Detección única de aneurisma de aorta abdominal (AAA) con ecografía en hombres de 65 a 75 años que alguna vez han fumado.

- Detección de osteoporosis mediante densitometría para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas menores de 65 años que tienen un mayor riesgo de osteoporosis, según lo determinado por una herramienta formal de evaluación de riesgos clínicos.

- Detección de osteoporosis mediante densitometría para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres de 65 años o más.

- Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (TCDB) en adultos de cincuenta y cinco (55) a ochenta (80) años que tienen un historial de tabaquismo de treinta (30) paquetes al año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos quince (15) años. La detección debe interrumpirse una vez que la persona no haya fumado durante 15 años o desarrolle un problema de salud que limite en gran medida la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una cirugía pulmonar curativa.

- Prueba de detección de cáncer de ovario para mujeres miembros de veinticinco (25) años o más en riesgo de cáncer de ovario. La cobertura incluye un examen de detección anual, una ecografía transvaginal y un examen pélvico rectovaginal. Una Miembro de sexo femenino se considera "en riesgo" si:

  - Tiene antecedentes familiares por, al menos, un pariente de primer grado con cáncer de ovario y un segundo pariente, ya sea de primer grado o segundo grado, con cáncer colorrectal sin poliposis, de mama o de ovario.

  - Tiene un resultado positivo para un síndrome de cáncer de ovario hereditario.

  En la actualidad, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha aprobado 18 métodos anticonceptivos diferentes. Comuníquese con el Plan para conocer los métodos que están aprobados sin costo compartido.

c. <u>Pruebas de laboratorio</u>

- El USPSTF recomienda la prueba de detección para mujeres y hombres mayores de veinte (20) años por trastornos lipídicos si tienen un mayor riesgo de enfermedad cardíaca coronaria.

- Prueba de detección de colesterol por trastornos lipídicos.

- El USPSTF recomienda la prueba de detección del cáncer de cuello uterino en mujeres que tengan entre veintiún (21) y veintinueve (29) años mediante una citología cervical (prueba de Papanicolaou) solo cada tres (3) años o, en el caso de mujeres que tengan entre treinta (30) y sesenta y cinco (65) años, una prueba de detección de citología cervical solo cada tres (3) años y una combinación de la prueba de la citología cervical y del virus del papiloma humano (VPH) cada 5 años.

- La prueba de detección de cáncer de cuello uterino para las inscritas inmunosuprimidas puede ser tan frecuente como una vez al año.

- Detección de glucosa en sangre anormal como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos de 40 a 70 años con sobrepeso u obesidad.

- Detección de gonorrea y/o clamidia y/o sífilis en personas sexualmente activas. Mujeres de veinticuatro (24) años o menos y en mujeres mayores que tienen un mayor riesgo de infección.

- Detección de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en personas con alto riesgo de infección.

- Detección de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en adultos de 18 a 79 años.

- Detección de la infección por VIH en adolescentes y adultos de quince (15) a sesenta y cinco
  (65) años. Los adolescentes más jóvenes y los adultos mayores que tienen un mayor riesgo de infección también deben someterse a pruebas de detección.

- Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (TCDB) en adultos de cincuenta y cinco (55) a ochenta (80) años que tienen un historial de tabaquismo de treinta (30) paquetes al año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos quince (15) años. La detección debe interrumpirse una vez que la persona no haya fumado durante 15 años o desarrolle un problema de salud que limite en gran medida la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una cirugía pulmonar curativa.

d. Vacunas

- Todas las vacunas de rutina en niños, adolescentes y adultos que tengan en vigencia una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, según lo exige la ley federal.

- Vacunas antineumocócicas conforme al cronograma establecido por el ACIP de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

- Servicios de supervisión de salud (para cualquier Hijo cubierto menor de trece [13] años) y vacunaciones infantiles según el cronograma establecido por el ACIP de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

- Vacunas contra la influenza conforme al cronograma establecido por el ACIP de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

e. PrEP

- Pruebas de VIH: las personas deben someterse a pruebas y confirmar que no están infectadas por el VIH antes de comenzar la PrEP, y deben volver a someterse a pruebas de VIH cada tres meses mientras toman PrEP para que, si se infectan, el medicamento pueda interrumpirse de inmediato antes de que pueda

causar un desarrollo de resistencia perjudicial al medicamento.

- Pruebas de hepatitis B y C: las personas deben someterse a pruebas de detección del virus de la hepatitis B (VHB) al inicio para comenzar la PrEP de acuerdo con las pautas de los CDC, de modo que cuando se interrumpan los medicamentos de la PrEP, que suprimen la replicación del VHB en el hígado, se pueda monitorear a las personas para garantizar la seguridad e identificar rápidamente cualquier posible lesión. Además, las personas deben realizarse pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis C (VHC) al inicio y periódicamente de acuerdo con las pautas de los CDC. La detección de la infección por VHC está indicada para todas las personas con riesgo continuo de contraer VHC.

- Prueba de creatinina y depuración de creatinina estimada calculada (eCrCl) o tasa de filtración glomerular (eGFR): para las personas que toman PrEP, su eCrCl o eGFR estimadas deben medirse y calcularse al comienzo del tratamiento para evaluar si la función renal está dentro del rango para la prescripción segura del medicamento de PrEP. La creatinina y la eCrCl o la eGFR deben controlarse periódicamente de acuerdo con las pautas de los CDC mientras se toma el medicamento de PrEP para evaluar la posible lesión renal y garantizar que sea seguro continuar con el medicamento de PrEP.

- Prueba de embarazo: las personas con capacidad de concebir que toman PrEP deben someterse a una prueba de embarazo al inicio y deben volver a someterse a pruebas periódicamente a partir de entonces, de acuerdo con las pautas de los CDC hasta que se interrumpa la PrEP, de modo que las pacientes embarazadas, junto con sus proveedores de atención médica, puedan tomar una decisión completamente informada e individualizada sobre si tomar la PrEP.

- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento: las personas que toman PrEP deben someterse a pruebas de detección de ITS en el inicio y deben someterse a pruebas de detección periódicamente a partir de entonces, de acuerdo con las pautas de los CDC, lo que puede requerir múltiples pruebas anatómicas en el lugar (es decir, genital, orofaríngea y rectal) para la gonorrea y la clamidia, y pruebas de sífilis, junto con asesoramiento sobre comportamiento, que se recomiendan para reducir el riesgo de ITS, cuya presencia puede aumentar la probabilidad de contagiarse el VIH por vía sexual.

- Asesoramiento de cumplimiento: las personas que toman PrEP deben recibir asesoramiento regular para la evaluación del comportamiento y el cumplimiento de acuerdo con las pautas de los CDC para garantizar que la PrEP se use según lo indicado y para maximizar la efectividad de la PrEP.

f. Cualquier otro servicio preventivo que se incluya en las recomendaciones A o B del Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) o que requiera la ley federal.

Para obtener una lista detallada de los servicios preventivos cubiertos por el Plan, puede

comunicarse con la Compañía de seguro médico por escrito a:

Friday Health Plans
700 Main Street
Alamosa, Colorado 81101
questions@fridayhealthplans.com

Si lo prefiere, puede llamar a Friday Care Crew al 800-475-8466.

H. VISITAS DE BIENESTAR

1. **Consultas de bienestar infantil**: el Plan cubrirá las consultas de su hijo cubierto a su Proveedor de atención primaria desde el nacimiento hasta los dieciocho (18) años. En esta cobertura, se incluyen exámenes físicos adecuados para la edad, vacunas de rutina, antecedentes, orientación y educación (como exámenes sobre el funcionamiento y la dinámica familiar, asesoramiento sobre prevención de lesiones, análisis de problemas alimentarios, revisión de comportamientos apropiados para la edad, etc.) y evaluación de su crecimiento y desarrollo. Es posible que los Servicios cubiertos en el presente documento no sean exhaustivos y se modifiquen periódicamente para cumplir con los estatutos y las reglamentaciones federales y estatales.

2. **Consultas de mantenimiento de la salud**: el Plan cubrirá las consultas al Proveedor de atención primaria del inscrito. En esta cobertura, se incluyen exámenes físicos adecuados para la edad, orientación y educación (como exámenes sobre el funcionamiento y la dinámica familiar, análisis de problemas alimentarios, revisión de las actividades de promoción de la salud, asesoramiento sobre ejercicios y nutrición, incluido el asesoramiento acerca de la ingesta de ácido fólico para mujeres en edad de concebir), análisis de sangre, antecedentes y exámenes físicos, análisis de orina, perfil químico, panel de lípidos en ayunas y prueba de sangre oculta en heces. El Plan también cubrirá las vacunas para el cáncer de cuello uterino (VPH) para las Inscritas. Sin embargo, estos Inscriptos deben cumplir con las normas identificadas por el HHS. Los servicios cubiertos en este documento pueden no ser todos inclusivos y pueden cambiar de vez en cuando para cumplir con los estatutos y reglamentos federales y estatales.

3. **Consultas de bienestar infantil y de mantenimiento de la salud:** las consultas están cubiertas de acuerdo con el siguiente cronograma:

Edad del inscrito	Cantidad o tipo de consultas
De 0 a 12 meses	Seis (6) consultas de bienestar infantil
De 0 a 12 meses	Una (1) prueba de fenilcetonuria (PKU)
De 0 a 12 meses	Una (1) consulta domiciliaria (para recién nacidos dados de alta en menos
De 13 a 35 meses	Tres (3) consultas de bienestar infantil
De 3 a 6 años	Cuatro (4) consultas de bienestar
De 7 a 12 años	Cuatro (4) consultas de bienestar
Mayor de 13 años	Una (1) consulta de mantenimiento de la salud por Año del plan.

Es posible que los Servicios cubiertos en el presente documento no sean exhaustivos y se modifiquen periódicamente para cumplir con los estatutos y las reglamentaciones federales y estatales.

4. **Para mujeres adultas**: cuando un Proveedor participante lo proporcione, el Plan cubrirá un examen anual pélvico y de mama, y una prueba de Papanicolaou. El Plan también cubrirá una mamografía de detección cuando la recomiende un Proveedor participante. Se aplicará el siguiente cronograma:

    - Se cubren una mamografía y un examen clínico de mama por año para las Inscritas de, al menos, cuarenta (40) años y hasta setenta y cinco (75) años.

    - Una mamografía y un examen clínico de mama entre los treinta y cinco (35) y cuarenta (40) años para pacientes con BRCA ½ o 10 años antes para Inscritas con familiares con cáncer de mama o al menos un factor de riesgo para el cáncer de mama. (En esto se incluyen antecedentes familiares de cáncer de mama o una predisposición genética a dicho cáncer o un riesgo de vida calculado de desarrollar cáncer de mama superior al 2 %. El Proveedor de atención primaria de la Inscrita debe realizar esta determinación).

5. **Para hombres adultos.** Cuando un proveedor participante lo indique, el Plan cubrirá la prueba de detección temprana para el cáncer de próstata de la siguiente manera:

    - Una prueba de detección por año para cualquier hombre inscrito que sea mayor de cincuenta (50) años.

    - Una prueba de detección por año para cualquier hombre inscrito entre los cuarenta (40) y cincuenta (50) años. Sin embargo, el inscrito debe tener un riesgo alto de desarrollar cáncer de próstata. Un Proveedor participante debe realizar esta determinación.

    - En los exámenes de detección de cáncer de próstata, se incluyen las siguientes pruebas:

        - Un análisis de sangre de antígeno prostático específico (prostate-specific antigen, PSA).
        - Un examen rectal digital.

Limitaciones de los servicios y exámenes. Algunos servicios completados dentro de su visita al consultorio, como el Plan, no cubrirán todos los servicios prestados durante los exámenes físicos programados. Por ejemplo, el Plan generalmente no cubrirá servicios tales como pruebas de estrés, electrocardiogramas, radiografías de tórax, análisis en la consulta ni sigmoidoscopías; pueden no estar incluidos en la tarifa de la visita al consultorio. Estos pueden tener un monto de costo compartido separado. Además, el Plan generalmente no cubrirá los exámenes de bienestar o preventivos que sean más frecuentes que los mencionados

anteriormente en el cronograma.

Es posible que los Servicios cubiertos en el presente documento no sean exhaustivos y se modifiquen periódicamente para cumplir con los estatutos y las reglamentaciones federales y estatales.

I. OTROS SERVICIOS AMBULATORIOS

1. **Visitas de rutina al consultorio de un Proveedor de atención primaria**: el Plan cubrirá las visitas de rutina de un Miembro al consultorio de un Proveedor de atención primaria. Los servicios cubiertos que no se enumeran de otra manera en su Programa de beneficios, que se prestan durante una visita al consultorio, una consulta de procedimiento programada o que brinda un Proveedor especializado requieren el pago de deducible y coseguro.

2. **Telesalud**: el Plan cubrirá los servicios de telesalud. El Plan reembolsará al Proveedor participante tratante o al Proveedor participante a quien el Miembro acuda por el diagnóstico, la consulta o el tratamiento prestados a través de la Telesalud, de la misma forma en que el Plan es responsable de reembolsar a dichos Proveedores por la prestación de los mismos servicios mediante consultas personales o por teléfono de estos Proveedores participantes. Su copago, coseguro o deducible se aplicarán de la misma manera en que se aplicarían para un servicio en persona.

   El Plan incluirá una compensación razonable al sitio de origen por el costo de transmisión incurrido a través de la Telesalud prestada por un Proveedor participante contratado, excepto que el sitio de origen no incluya una residencia privada en la que el Miembro se encuentre cuando reciba servicios de atención médica a través de la Telesalud.

   "Telesalud" hace referencia a un modo de prestación de servicios de atención médica a través de sistemas de telecomunicaciones, incluidas tecnologías de comunicación, electrónicas y de la información, para facilitar la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la administración de la atención o la autogestión de la atención médica de un Miembro mientras el Miembro esté en un sitio de origen y el Proveedor participante en un sitio distante. En el término "Telesalud", no se incluye la prestación de servicios de atención médica por teléfono, fax o sistemas de correo electrónico.

3. **Consultas domiciliarias**: el Plan cubrirá las consultas médicamente necesarias por parte del Proveedor de atención primaria en el hogar del Miembro dentro del área de servicio.

4. **Programa para dejar de fumar**: el Plan cubrirá los programas para dejar de fumar, incluidos los exámenes de detección, los servicios de intervención, las intervenciones del comportamiento y los medicamentos con receta. Esto es válido incluso si no se ha alcanzado el Deducible. Un Proveedor participante debe proporcionar este programa o el programa debe estar aprobado por el Plan.

5. **Servicios de médicos especialistas**: el Plan cubrirá los servicios de un Proveedor participante sin autorización. Los servicios cubiertos que no se enumeran de otra manera en su Programa de beneficios, que se prestan durante una visita al consultorio, una consulta de procedimiento programada o que brinda un Proveedor especializado requieren el pago de deducible y coseguro.

6. **Acupuntura:** el Plan cubrirá seis (6) consultas de acupuntura o acupresión de un proveedor autorizado dentro de la Red.

7. **Servicios de diagnóstico**: el Plan cubrirá los servicios de diagnóstico. Ciertos servicios de diagnóstico requieren una Autorización previa. Este es el caso para las imágenes por resonancia magnética (IRM), las tomografías computarizadas (TC), los ecocardiogramas y la estimulación magnética transcraneal (EMT), entre otros.
8. **Cirugía ambulatoria**: su Plan cubre procedimientos quirúrgicos ambulatorios o para pacientes ambulatorios, incluidos quirófanos, salas de recuperación y otros tratamientos, servicios de médicos y cirujanos, servicios de laboratorio y patología, pruebas prequirúrgicas, anestesia y suministros médicos. Los servicios se pueden brindar en un hospital, en el consultorio de un médico o en cualquier otro centro con la licencia correspondiente. El Proveedor que preste los servicios debe tener licencia para ejercer y debe hacerlo bajo la autoridad de la aseguradora de atención médica, el grupo médico, una asociación de práctica independiente u otra autoridad según exija la ley estatal. Es necesario solicitar una Autorización previa.

9. **Radioterapia y quimioterapia**: el Plan cubrirá la radioterapia y la quimioterapia médicamente necesarias para el tratamiento del cáncer. El Miembro debe obtener una Autorización previa. La cobertura no incluye quimioterapia de dosis alta que requiera el apoyo de un trasplante de médula ósea o un procedimiento de rescate de células madre autólogo no cubiertos.

10. **Derecho especial a la mamoplastia reconstructiva.**Si una Inscrita se ha sometido a una mastectomía y elige una mamoplastia, el Plan cubrirá su atención y tratamiento según lo exigido en la Ley de Derechos de la Mujer y el Cáncer (Women's Health and Cancer Rights Act). En la cobertura se incluirá lo siguiente:
    - Reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
    - Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica.
    - Prótesis y complicación física para todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

    Estos beneficios están sujetos a cualquier obligación de Copagos, Deducibles y Coseguros aplicable a cualquier otra cobertura del Plan.

11. **Servicios de atención de urgencia:** los servicios de atención de urgencia son servicios de atención de la salud médicamente necesarios que se brindan en situaciones de urgencia por afecciones imprevistas debidas a una enfermedad o lesión que no ponen en peligro la vida, pero que requieren atención médica inmediata. El Plan cubrirá la atención de urgencia proporcionada en un centro de atención de urgencias del Proveedor

participante dentro del Área de servicio. El Plan también cubre los servicios de atención de urgencia fuera del Área de servicio si son médicamente necesarios y son de carácter urgente. Si se utiliza un centro de atención de urgencia fuera de la red, la necesidad de los servicios debe cumplir con la definición de servicios de atención de urgencia y emergencia; consulte la sección “Definiciones” para obtener más detalles.

12. **Centro de atención de urgencia**: la atención que no es de emergencia se puede brindar en un centro de atención de urgencia, pero aquella que no es de emergencia debe brindarse en un centro de atención de urgencia de la red. El uso de un centro de Atención de urgencia fuera de la red dentro del Área de servicio cuando los servicios no cumplen con la definición de servicios de Atención de urgencia y de emergencia no se considerará un beneficio cubierto.

13. Pruebas y tratamiento de la COVID-19, según lo requieran los boletines informativos, las leyes o las regulaciones federales o de Colorado aplicables.

14. **Anemia drepanocítica y sus variantes**: su Plan incluye beneficios para el tratamiento de la anemia drepanocítica y sus variantes, incluidos los medicamentos con receta Médicamente necesarios y los servicios de administración de atención necesarios para ayudar a los pacientes a identificar y facilitar los recursos y los tratamientos adicionales, en la medida en que lo exige la ley.

J. ASESORAMIENTO GENÉTICO Y PRUEBAS GENÉTICAS

1. En los Servicios cubiertos, se incluyen pruebas de enfermedades genéticas Médicamente necesarias. La prueba de enfermedades genéticas consiste en el análisis del ADN, cromosomas, proteínas u otros productos genéticos humanos para determinar la presencia de genotipos, fenotipos, cariotipos o mutaciones relacionados con la enfermedad con fines clínicos. En dichos fines, se incluyen las pruebas que cumplen con los criterios de las normas asistenciales médicamente aceptadas para la predicción del riesgo de enfermedad, la identificación de portadores, el monitoreo, el diagnóstico o el pronóstico dentro de los límites de las declaraciones de la presente definición. La cobertura no está disponible para pruebas destinadas únicamente a la investigación ni para el beneficio de las personas no cubiertas por la Póliza.

2. Dentro de los Servicios cubiertos, también se incluye la explicación brindada a una persona o familia por parte de un asesor genético acerca de la información médica y científica sobre una afección hereditaria, un defecto congénito u otros efectos relacionados con los genomas. Los asesores genéticos están capacitados para revisar los antecedentes familiares y los registros médicos, analizar las afecciones genéticas y cómo se heredan, explicar los patrones de herencia, evaluar el riesgo y evaluar las opciones de pruebas si correspondiere.

3. Las pruebas genéticas solo pueden realizarse después de consultar con un asesor genético debidamente certificado o, a nuestro criterio, según lo apruebe el Médico que designemos para llevar adelante el control de la utilización, la necesidad médica, la

idoneidad clínica y la calidad de dichas pruebas genéticas.

4. El asesoramiento genético Médicamente necesario estará cubierto en relación con el manejo del embarazo en el caso de las siguientes personas: Padres de un niño nacido con un trastorno genético, defecto congénito, error innato del metabolismo o anomalía cromosómica; padres de un niño con retraso mental, autismo, síndrome de Down, afecciones de trisomía o síndrome de X frágil.

5. Mujeres embarazadas a las que, en función de las ecografías prenatales o la prueba de detección de marcadores múltiples anormales, prueba de alfafetoproteína sérica materna, prueba de anemia drepanocítica o pruebas de otras anomalías genéticas, se les ha informado que su embarazo puede tener un mayor riesgo de complicaciones o defectos congénitos; o padres afectados por un trastorno autosómico dominante que se plantean un embarazo; o mujeres que se sabe que son, o que es probable que sean, portadoras de un trastorno recesivo ligado al cromosoma X.

6. Dentro de los Servicios cubiertos, se incluyen pruebas genéticas para la detección de alteraciones hereditarias según sean Médicamente necesarias cuando se cumplen las siguientes condiciones:

    - Los resultados afectan de manera directa la toma de decisiones clínicas o el resultado clínico de la persona, o ambos.

    - El método de prueba se considera científicamente válido para la identificación de una enfermedad hereditaria genéticamente vinculada.

    - Se cumple una de las siguientes condiciones:

        - El Miembro muestra signos o síntomas de enfermedad hereditaria genéticamente relacionada.

        - El Miembro o el feto tiene un factor de riesgo directo (p. ej., en función de los antecedentes familiares o el análisis genealógico) para el desarrollo de una enfermedad hereditaria genéticamente vinculada.

    Se cubrirán las pruebas genéticas adicionales según lo exijan las leyes federales o estatales.

    En ausencia de información específica sobre los avances en el conocimiento de las características de mutación para una alteración en particular, en la bibliografía actual, se indica que las pruebas genéticas para las enfermedades hereditarias solo deben realizarse una vez en la vida del Miembro.

7. La prueba de detección de rutina de enfermedades genéticas previas a la concepción, la obtención de muestras de vellosidades coriónicas de rutina o la prueba de detección de amniocentesis y la prueba embrionaria previa a la implantación no estarán cubiertas,

a menos que el Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología apruebe tal prueba, o según lo exija la ley federal o estatal.

K. SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

1. **Estándares**: por lo general, el Plan cubrirá los servicios Médicamente necesarios para pacientes hospitalizados. Sin embargo, el Inscrito debe obtener una Autorización previa del Plan antes de su estadía en el hospital. El Plan también cubrirá una estadía en el hospital que resulte de una Emergencia médica. No obstante, el inscrito debe cumplir con los requisitos que se mencionan en la sección a continuación relacionada con los servicios de emergencia.

2. **Cobertura general:** los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados incluirán, entre otros, alojamiento en habitaciones semiprivadas, atención de enfermería general, comidas y dietas especiales o nutrición parenteral cuando sea médicamente necesario, servicios de médicos y cirujanos, uso de todas las instalaciones del hospital cuando el médico de atención primaria de la persona cubierta o el profesional de atención médica tratante determinen que es médicamente necesario, productos farmacéuticos y otros medicamentos, servicios de anestesia y oxígeno, servicio de enfermería especial cuando sea necesario por razones médicas, radioterapia, terapia de inhalación y administración de sangre total y componentes sanguíneos cuando sea necesario según el criterio del médico. El Plan cubrirá los siguientes artículos y servicios cuando un inscrito esté hospitalizado: uso de quirófano y centros relacionados, servicios de la unidad de cuidados intensivos, radiografías, análisis de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico, fármacos, medicamentos, medicamentos biológicos y servicios de anestesia y oxígeno, radioterapia, quimioterapia, fisioterapia, terapia inhalatoria, dispositivos de prótesis aprobados por la FDA y colocados durante una cirugía realizada de acuerdo con la autorización previa (tales como marcapasos y articulaciones de la cadera) y la administración de sangre completa, plasma sanguíneo y otros hemoderivados. El Plan cubrirá una habitación privada solo cuando sea médicamente necesario.

3. **Proveedores y personal médico:** el Plan también cubre los servicios de Proveedores participantes que brinden atención al Inscrito cuando está hospitalizado. En esto se incluye al Proveedor de atención primaria del Inscrito. También a cirujanos especialistas, cirujanos asistentes, anestesiólogos y demás personal médico correspondiente. El Plan cubrirá a enfermeros de servicio privado, según sea médicamente necesario.

4. **Cirugía bariátrica:** Se cubre la cirugía Médicamente necesaria. Debe cumplir con los criterios del Plan para ser elegible para este servicio y solo se cubre a través de programas que cumplan con los criterios del Plan como centros de excelencia.

   En los Servicios cubiertos, se incluyen las intervenciones quirúrgicas Médicamente necesarias para lograr la pérdida de peso en personas obesas o con obesidad patológica y que poseen otras enfermedades asociadas. Estos servicios no estarán cubiertos a menos que reciba una Autorización previa.

Los Beneficios para los servicios gástricos restrictivos se limitan a una (1) cirugía por vida.

El tratamiento Médicamente necesario para las complicaciones que deriven de los servicios quirúrgicos restrictivos relacionados con el estómago se cubrirá de la misma manera que cualquier otra enfermedad.

Limitaciones: Los servicios restrictivos relacionados con procedimientos bariátricos están cubiertos cuando se establecen todas las siguientes condiciones y se limitan a un procedimiento cada tres años:

i. El Miembro debe tener una de las siguientes opciones:

   - IMC ≥40 kg/m2 sin comorbilidades.

   - IMC ≥35 kg/m2 y una afección relacionada con la obesidad de alto riesgo o una combinación de otras tres enfermedades relacionadas con la obesidad o factores de riesgo cardiovascular (se requiere evidencia documentada de los factores de riesgo).

     - Las enfermedades de alto riesgo abarcan la enfermedad coronaria crónica, la ateroesclerosis, la diabetes de tipo 2 o la apnea del sueño.

     - Otras enfermedades asociadas con la obesidad incluyen la osteoartritis, los cálculos biliares, la incontinencia de esfuerzo y las anomalías ginecológicas.

     - Debe tener, al menos, dieciocho (18) años.

     - Dentro de los factores de riesgo cardiovascular, se deben haber incluido, entre otros, los antecedentes de tabaquismo, la hipertensión, los niveles séricos altos de colesterol de las LDL, los niveles séricos bajos de colesterol de las HDL, la glucosa en ayunas alterada y los antecedentes familiares de enfermedad cardíaca coronaria (coronary heart disease, CHD) prematura.

ii. Existe documentación apropiada que indica que el Miembro no ha tenido éxito en cuanto a métodos de pérdida de peso menos invasivos y tiene riesgo alto de sufrir morbilidad o mortalidad asociada con la obesidad. Dentro de las terapias menos invasivas, se incluyen, si correspondiere, las dietas bajas en calorías, el aumento de la actividad física, la psicoterapia conductista y la farmacoterapia.

   - La terapia menos invasiva debe haber estado disponible durante más de un período continuo de 6 meses.

   - El Director médico del Plan y su designado determinan el fracaso de los métodos menos invasivos.

iii. El Miembro ha sido obeso durante, al menos, cinco años.

iv. Si el Miembro es diabético, la enfermedad debe estar controlada.

v. El Miembro debe tener la capacidad de cumplir con los requisitos de seguimiento o tratamiento posquirúrgico, que pueden incluir una evaluación psiquiátrica o conductual.

vi. Los procedimientos deben realizarse en un Centro dentro de la red, a menos que Friday Health Plans apruebe de manera previa que tales procedimientos se realicen en un centro o Proveedor fuera de la red.

vii. El Miembro debe abstenerse del tabaco durante las ocho (8) semanas previas a la intervención quirúrgica.

L. TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

1. **Cita de regulación**: Estatuto revisado de Colorado, sección 10-16-104 (5.5)
   (A) Para la prevención, detección y tratamiento de trastornos conductuales, de salud mental y por consumo de sustancias que no sean menos extensos que la cobertura proporcionada para cualquier enfermedad física y que cumplan con los requisitos de la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA).
   (B) Como mínimo, para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias de acuerdo con los criterios de colocación, necesidad médica y determinaciones de gestión de utilización de la Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones según se establece en la edición más reciente de "Los criterios de la ASAM para adicciones, afecciones relacionadas con sustancias y afecciones concurrentes", excepto que el comisionado pueda identificar por regla, en consulta con el Departamento de Política y Financiamiento del Cuidado de la Salud y la Oficina de Salud del Comportamiento en el Departamento de Servicios Humanos, un criterio alternativo, reconocido a nivel nacional y basado en la evidencia, específico del trastorno por consumo de sustancias para la colocación, necesidad médica o gestión de utilización, si los criterios de la Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones ya no están disponibles, no son pertinentes o no siguen las mejores prácticas para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.

2. **Cobertura general:** el tratamiento ambulatorio para servicios de diagnóstico y terapéuticos para la salud mental o el comportamiento está cubierto sin una Autorización previa A MENOS QUE esté procurando recibir servicios de un proveedor fuera de la red. Algunos servicios requieren la Autorización previa del Plan. Consulte su Resumen de beneficios y cobertura para conocer cuáles son los servicios cubiertos.

   El Plan cubre los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Los servicios para pacientes ambulatorios están cubiertos para el tratamiento, las pruebas

como paciente ambulatorio y la evaluación. La hospitalización para pacientes internados y la hospitalización parcial para atención psiquiátrica están cubiertas cuando son necesarias desde el punto de vista médico para la estabilización aguda de una enfermedad mental. Los centros y programas apropiados clínicamente incluyen aquellos que ofrecen un régimen definido con claridad de servicios de salud mental y programación especial proporcionada por médicos con licencia en un entorno controlado que ofrece un grado de seguridad, supervisión y estructura según considere apropiado según el criterio del médico. Estos centros y programas deben estar autorizados y acreditados por las autoridades federales, estatales y locales correspondientes para la prestación de dichos servicios de manera eficaz y segura, y contar con el reconocimiento de organismos nacionales de acreditación de acuerdo con la política de acreditación del Plan. La atención en un entorno hospitalario para Miembros con enfermedades mentales o dependencia de sustancias químicas debe incluir supervisión médica con disponibilidad médica las veinticuatro (24) horas y servicio de enfermería en el lugar las veinticuatro (24) horas. Tales centros y programas no incluyen las casas de transición, los arreglos de vivienda supervisados, los hogares grupales, las pensiones u otros centros que brindan principalmente un entorno de apoyo y abordan las necesidades sociales a largo plazo.

No se le negará la cobertura a ninguna persona cubierta para la atención médica/quirúrgica, mental o para el trastorno por abuso de sustancias como resultado de autolesión o intento o finalización de suicidio.

3. **Atención de salud mental para pacientes ambulatorios:** el Plan cubrirá las consultas ambulatorias de salud mental de la misma manera en que cubre otras consultas ambulatorias.

4. **Atención de salud mental para pacientes hospitalizados:** al igual que el resto de la atención para pacientes hospitalizados, el Plan cubrirá los servicios de atención de la salud mental Médicamente necesarios para pacientes hospitalizados. Se proporciona cobertura para el tratamiento de pacientes hospitalizados si el Miembro tiene un trastorno mental o del comportamiento o requiere intervención por crisis. La atención para pacientes hospitalizados está cubierta solo si Usted ha obtenido una Autorización previa antes de su estadía en el hospital. El Plan también cubrirá una estadía en el hospital que resulte de una Emergencia médica. Sin embargo, debe cumplir con los requisitos descritos en la sección a continuación relacionada con los Servicios de emergencia.

5. **Tratamiento de abuso de sustancias/dependencia química para pacientes ambulatorios**: el Plan cubrirá las visitas de abuso de sustancias/dependencia química para pacientes ambulatorios de la misma manera que cubre otras visitas para pacientes ambulatorios sin Autorización previa.

6. **Tratamiento por abuso de sustancias o dependencia de sustancias químicas para pacientes hospitalizados y residenciales:** al igual que el resto de la atención para pacientes hospitalizados, el Plan cubrirá el tratamiento a corto plazo de treinta (30) días por abuso de sustancias o dependencia de sustancias químicas Médicamente necesario para pacientes hospitalizados o residenciales. La atención para pacientes hospitalizados o residenciales está cubierta solo si Usted ha obtenido una Autorización previa antes de

su estadía en el hospital. El Plan también cubrirá una estadía en el hospital que resulte de una emergencia médica. Sin embargo, debe cumplir con los requisitos descritos en la sección a continuación relacionada con los Servicios de emergencia.

M. EQUIPO MÉDICO DURADERO

1. **Cobertura general:** con respecto al equipo médico duradero, el Plan cubrirá el alquiler, la compra, la reparación o el mantenimiento de dicho equipo del Inscrito cuando sean necesarios debido a daños accidentales o cambios en la afección o el tamaño de dicho Inscrito, el oxígeno administrado en el hogar, los aparatos correctores, las rodilleras y los dispositivos de asistencia artificial, dispositivos de prótesis y ortopédicos, los ajustes de dichos dispositivos, las lentes de contacto con receta luego de una operación de cataratas o como reemplazo de los lentes orgánicos debido a una ausencia congénita, y los aparatos de la diabetes (p. ej., medidor de glucosa en sangre). Dicho equipo médico duradero se debe proporcionar o distribuir a través de un hospital de Proveedores participantes u otro Proveedor participante. También se requiere una Autorización previa. El equipo médico duradero está autorizado según los requisitos regulatorios y reglamentarios aplicables de Medicare, a menos que se establezca lo contrario en este documento.

2. **Limitaciones:** las compras se limitan a una sola compra de un tipo de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME), lo que incluye su reparación y reemplazo, cada tres (3) años.

   Los artículos que este beneficio no cubre son, entre otros, vendajes, cualquier equipo o suministro para acondicionar el aire, aparatos, aparatos ambulatorios, plantillas ortopédicas, medias de compresión, calzado corrector, aparatos ortopédicos u otros dispositivos de soporte para los pies, almohadillas térmicas, artículos de higiene personal, comodidad, cuidado, conveniencia o embellecimiento, equipo de lujo, audífonos, y todo otro equipo principalmente no médico, salvo que de otro modo se encuentre cubierto y detallado en el presente documento.

   También se excluyen los equipos de ejercicio, los equipos de gravedad negativa o vibratoria, las piscinas de natación o terapia, los spas y los hidromasajes (incluso si los recomienda un profesional para tratar una afección médica).

3. **Prótesis de brazos o piernas:** el Plan cubrirá las prótesis de brazos o piernas de un Inscrito a la tarifa aplicada por Medicare para dichos Beneficios. La cobertura será del 80 % de las tarifas permitidas por el Plan menos un monto equivalente al Deducible de la Parte B de Medicare desde el 1.° de enero de cada Año del plan. Se aplicará el Deducible médico a los Planes de Salud con Deducibles Altos (Planes de Cuentas de ahorros para gastos médicos [Health Savings Account, HSA]) y a los Planes catastróficos que cumplen con los requisitos, según lo exige la ley federal. Si se utiliza un Proveedor no contratado, se aplicarán el Coseguro y el Deducible estándares del Plan de beneficios en lugar del 80 %. Las prótesis cubiertas se limitan al modelo más apropiado que satisfaga adecuadamente las necesidades médicas del Inscrito. Un Proveedor participante debe

brindar las prótesis de brazos o piernas y los servicios relacionados. El Plan cubrirá las reparaciones y los reemplazos de las prótesis de brazos o piernas. Sin embargo, el Plan no cubrirá reparaciones y reemplazos necesarios a causa del uso indebido o la pérdida.

- Cada tres (3) años, se cubre un (1) dispositivo protésico Médicamente necesario, aprobado por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), para cada parte u órgano del cuerpo faltante o que no funciona.

La cobertura se limita a lo siguiente:

- dispositivos que se requieren para reemplazar la parte o el órgano del cuerpo faltante o que no funciona;

- dispositivos proporcionados en relación con una enfermedad o lesión que ocurrió después de la fecha de entrada en vigencia de Su cobertura;

- adaptación del dispositivo protésico inicial;

- el primer par de anteojos o lentes de contacto (hasta el límite permitido por Medicare) inmediatamente después de la cirugía de cataratas.

La reparación y el reemplazo de los dispositivos protésicos no están cubiertos, salvo en pocas situaciones que impliquen cirugía reconstructiva de mastectomía.

4. **Aparatos ortopédicos:** los dispositivos ortopédicos son aquellos aparatos externos rígidos o semirrígidos que se requieren para soportar o corregir una parte o función defectuosas del cuerpo que no funcionan correctamente o que están enfermas o lesionadas. Los dispositivos ortopédicos están cubiertos cuando son Médicamente necesarios y requieren Autorización previa. Los zapatos correctores y dispositivos ortopédicos para su uso podológico y soportes de arco no están cubiertos, excepto el calzado para diabéticos. Los aparatos ortopédicos se limitan a un artículo cada tres años.

5. **Extractores de leche materna**: el alquiler de extractores de leche materna está cubierto. La compra de los extractores de leche materna aprobados por el Plan se encuentra cubierta.

6. **Nutrición enteral:** el Plan cubre productos de nutrición enteral y DME relacionados y suministros necesarios para brindar la nutrición enteral necesaria desde un punto de vista médico. La nutrición enteral debe ser prescrita por un médico, administrarse mediante alimentación por sonda y debe ser la principal fuente de nutrición para el Miembro. El Plan no cubre productos de nutrición oral incluso cuando los prescribe o administra un médico.

   Los alimentos comprados en una tienda de comestibles o un Proveedor por internet no estarán cubiertos como alimentos médicos especiales.

N. Servicios de emergencia

1. **Estándares**: una afección médica de emergencia que califica para servicios de emergencia es aquella en la que una persona laica prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina creería que los síntomas exigen atención médica inmediata para ayudar a prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o de su función. Los síntomas pueden ser causa de una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. Para que el servicio esté cubierto como de emergencia, debe cumplir con el estándar establecido en la definición de Servicios de atención de emergencia y urgencia.

   En el caso de una emergencia médica, el Plan cubrirá los servicios de emergencia que se detallan a continuación. Estos servicios están cubiertos sin Autorización previa. Además, los servicios de emergencia relacionados con problemas de salud mental o abuso de sustancias están cubiertos al mismo nivel que los servicios de emergencia para afecciones médicas. Los Servicios de emergencia están cubiertos incluso si el Proveedor no es un Proveedor participante. Consulte la definición de servicios de Atención de urgencia y emergencia.

   Los servicios de atención de emergencia y urgencia incluirán lo siguiente:

   (1) Atención médica aguda disponible las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, para no poner en peligro el estado de salud de la persona cubierta si dichos servicios no se reciben de inmediato; dicha atención médica incluirá ambulancia u otro transporte de emergencia. Además, la atención médica aguda incluirá, cuando corresponda, pagos de transporte e indemnización o acuerdos de servicio para el área fuera de servicio o la cobertura fuera de la red en los casos en que la persona cubierta no pueda acceder de buena fe a servicios o centros dentro de la red.

   (2) Cobertura de servicios traumatológicos en centros de nivel I, nivel II u otro centro traumatológico designado adecuadamente de acuerdo con los protocolos de transporte y triaje de servicios médicos de emergencia establecidos; la cobertura de los servicios traumatológicos y todos los demás servicios de emergencia continuará al menos hasta que la persona cubierta esté estable desde el punto de vista médico, no precise cuidados críticos y se pueda realizar su traslado de manera segura a otro centro según el criterio del médico tratante o profesional de la salud en consulta con la HMO.

   (3) El asegurador de atención médica o el Plan no denegará el reembolso por atención y transporte de emergencia cuando la persona cubierta, que de buena fe y que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, busque atención médica para lo que de manera lógica le parezca a la persona cubierta una afección aguda que exige atención médica inmediata, incluso si luego se determina que la afección del paciente no era de emergencia.

2. **Transporte de emergencia.** Para una Emergencia médica, el Plan pagará el transporte del Inscrito al hospital en ambulancia. Como se indica anteriormente, una Emergencia médica se limita a ciertas situaciones. Debe haber una afección médica repentina y grave (incluido dolor intenso). Se debe esperar razonablemente que la afección dé como resultado una o más de las siguientes situaciones, si el Inscrito no solicita atención médica inmediata:

    - Riesgo grave de la salud del Inscrito (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la inscrita o su bebé en gestación).

    - Deterioro grave de las funciones corporales.

    - Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

3. **Costos para el inscrito.** Si un Inscrito recibe atención de emergencia de un Proveedor que no sea participante, los montos de Copago y Coseguro del Inscrito serán los mismos si hubiera sido tratado por un Proveedor participante.

4. **Notificación obligatoria al Plan.** El Inscrito debe informar al Plan de cualquier Emergencia médica. El Inscrito debe hacerlo el primer día hábil después de recibir el tratamiento. Si esto no es posible, el Inscrito debe informar al Plan tan pronto como sea posible desde el punto de vista médico. En esta notificación, se debe incluir la identidad del Inscrito y del hospital donde recibió atención. Si un inscrito es hospitalizado, el Inscrito debe informar al Plan por teléfono sobre la hospitalización. Como alternativa, el Inscrito debe solicitarles al hospital o a un familiar que informen al Plan. En la notificación, se debe incluir la identidad del Inscrito y del hospital en el que fue internado. Este aviso debe realizarse el primer día hábil posterior a la admisión al hospital o tan pronto como sea posible desde el punto de vista médico. Si el Inscrito no puede comunicarse con el Plan personalmente ni pedirle a otra persona que lo haga, la notificación puede demorarse. Solo se permite una demora hasta que el Inscrito pueda informarle al Plan o solicitarle a otra persona que lo haga. Si el Inscrito está consciente y puede comunicarse con otras personas, el Plan lo considerará capaz de informar.

5. **Traslados.** Si un Inscrito está internado en un hospital que no sea un Proveedor participante, el Plan trasladará al Inscrito al hospital que sea Proveedor participante tan pronto como sea factible desde el punto de vista médico. El Plan no cubrirá ningún servicio proporcionado por un Proveedor que no sea participante a un Inscrito que haya rechazado un traslado médicamente factible. El Plan debe aprobar por adelantado cualquier gasto de atención proporcionada después de que el Inscrito esté estabilizado y que el traslado a un Proveedor participante sea factible desde el punto de vista médico.

O. BENEFICIOS DE MATERNIDAD

1. **Atención prenatal y posnatal:** las consultas de atención prenatal, intraparto, perinatal y posnatal tienen la misma cobertura que las consultas de rutina al consultorio de su Proveedor de atención primaria.
2. **Diagnóstico prenatal**: el Plan cubrirá el diagnóstico prenatal de trastornos congénitos del feto. Esta cobertura se aplica a los procedimientos de detección y diagnóstico durante el embarazo de la inscrita cuando sean médicamente necesarios. Esto incluye una prueba de detección de alfafetoproteína IV para mujeres embarazadas, por lo general, entre las dieciséis y veinte semanas de embarazo, para detectar ciertas anomalías genéticas en el feto.

   Complicaciones del embarazo: el Plan cubrirá una afección o enfermedad que sean consideradas complicaciones del embarazo o parto de la Inscrita.

3. **Hospitalización por parto:** el Plan cubrirá la hospitalización de la inscrita por su parto. La estadía en el hospital después de un parto vaginal normal no será inferior a cuarenta y ocho (48) horas. Si las cuarenta y ocho (48) horas se cumplen después de las 8 p. m., la cobertura continuará hasta las 8 a. m. a la mañana siguiente.
   La estadía en el hospital después de una cesárea no será inferior a noventa y seis (96) horas. Si las noventa y seis (96) horas se cumplen después de las 8:00 p. m., la cobertura continuará hasta las 8:00 a. m. a la mañana siguiente. Estos plazos podrían ser menores a discreción del médico tratante y la Miembro. Si la madre y el niño reciben el alta hospitalaria antes de las 48 horas posteriores al parto, se cubrirá una consulta para el recién nacido dentro de la primera semana de vida.
   Extractores de leche materna: El alquiler de extractores de leche materna está cubierto. La compra de los extractores de leche materna aprobados por el Plan se encuentra cubierta.

P. SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR E INFERTILIDAD

1. **Planificación familiar:** el Plan cubrirá el asesoramiento sobre planificación familiar y la provisión de información sobre métodos anticonceptivos. En la cobertura también se incluyen la inserción de dispositivos anticonceptivos y el ajuste de diafragmas. El Plan también cubre vasectomías, procedimientos de ligadura de trompas y otros procedimientos de esterilización realizados por un Proveedor participante. Los anticonceptivos que se toman por vía oral, incluidos los anticonceptivos de emergencia, están cubiertos por el beneficio de farmacia de la inscrita.

2. **Servicios de infertilidad**: el Plan cubrirá los siguientes servicios, lo que incluye: (a) radiografías y procedimientos de laboratorio, (b) servicios para el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad involuntaria y (c) inseminación artificial, hasta seis (6) ciclos por Miembro de por vida. En los servicios de inseminación artificial, no se incluyen el semen de donantes, los óvulos de donantes ni los servicios relacionados con su obtención y almacenamiento. Consulte la información adicional en Limitaciones y exclusiones.

3. **Cobertura anticonceptiva:** en la actualidad, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha aprobado dieciocho (18) métodos anticonceptivos diferentes. Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA tienen opciones disponibles que están cubiertas por esta Póliza sin costo compartido, según lo exige la ley federal y estatal.

Q. SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

1. **Cobertura general:** el Plan cubrirá la atención médica domiciliaria proporcionada a un inscrito que esté bajo el cuidado directo de un Proveedor participante. Entre los servicios se incluirán consultas de los Proveedores participantes a la casa del Inscrito. Las consultas se limitarán al tiempo habitual requerido para realizar los servicios particulares.

2. Se proporciona cobertura para los siguientes casos**:**

a) Atención de enfermería domiciliaria intermitente o de tiempo parcial para lo siguiente:

- o Atención de enfermería especializada bajo la supervisión de un enfermero registrado (registered nurse, RN).
- o Servicios de asistencia médica domiciliaria certificados bajo la supervisión de un RN o terapeuta.
- o Servicios sociales médicos de un trabajador social autorizado.

b) Servicios de infusión.

c) Fisioterapias y terapias ocupacionales, pulmonares, respiratorias y del habla.

d) Asesoramiento nutricional de un nutricionista o dietista.

e) Servicios de audiología.

f) Suministros médicos y servicios de laboratorio que se cubrirían si el Inscrito fuese un paciente internado en un hospital.

g) Prótesis y aparatos ortopédicos

h) Alquiler o compra de equipo médico duradero (DME).

3. **Limitaciones:** la cobertura de la atención médica domiciliaria por parte del Plan está sujeta a las siguientes condiciones y limitaciones:

- La atención brindada debe seguir un Plan de tratamiento de salud domiciliaria autorizado.

- Los servicios estarán cubiertos solo si fuese necesaria la hospitalización en caso de que no se proporcionaran dichos servicios y Beneficios de salud domiciliaria.

Los servicios prestados se limitarán a los servicios profesionales que se indican en la sección 2.a. mencionada anteriormente y no cubrirán los servicios ni suministros de cuidado personal no calificado para la comodidad o conveniencia privadas, incluidas las tareas de la casa.

- Las consultas se limitan a no más de 28 horas por semana.

- La atención médica domiciliaria no incluye atención personal, atención de custodia, atención domiciliaria ni servicios domésticos, servicios domiciliarios proporcionados por auxiliares de enfermería certificados o auxiliares de atención médica domiciliaria, ni equipo médico de venta libre, suministros de venta libre ni cualquier medicamento con receta, excepto en la medida en que estén cubiertos en otra parte de este documento.

- Los servicios de salud en el hogar requieren Autorización previa después de las primeras treinta (30) visitas por terapia.

R. TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

1. **Cobertura general:** el Plan cubrirá los siguientes trasplantes cuando se realicen en un Centro de atención especializada: de corazón, pulmón, corazón y pulmón, riñón, páncreas para diabéticos urémicos insulinodependientes que reciben simultáneamente un trasplante de riñón, córnea, médula ósea para el tratamiento de neuroblastoma y linfoma de Hodgkin o linfoma no de Hodgkin, trasplantes de médula ósea alogénicos o autólogos y el rescate de células madre o el apoyo hematopoyético únicamente para tumores malignos cuando es necesario para respaldar una quimioterapia de dosis alta, rescate de células madre o trasplantes de médula ósea alogénicos o autólogos solo para tratar la anemia aplásica, la leucemia, la inmunodeficiencia combinada grave hereditaria, el síndrome de Wiskott-Aldrich y el cáncer de mama en estadios II y III de alto riesgo.

2. **Artículos relacionados:** el Plan también cubrirá los servicios, suministros y productos farmacéuticos requeridos en relación con un procedimiento de trasplante cubierto. En esto se incluye la valoración de un inscrito como candidato a trasplante, tipificación de tejido, procedimiento de trasplante cubierto, atención de seguimiento programada y medicamento antirrechazo.

3. **Donantes:** cuando el destinatario de un trasplante cubierto es un Inscrito, el Plan pagará ciertos costos de donante. En esto se incluyen los costos directamente relacionados con la aceptación de un órgano. También se incluyen los costos delos servicios directamente relacionados con la extirpación quirúrgica del órgano para el donante. Además, se incluyen los costos del tratamiento de complicaciones que resulten directamente de la cirugía. Todos estos costos están sujetos a los otros límites del Plan. La cobertura se aplica únicamente si el donante no es elegible para la cobertura en virtud de cualquier

otro plan de atención médica o programa de financiamiento gubernamental.

4. **Condiciones:** todos los servicios de trasplante requieren una Autorización previa. Sin embargo, el Inscrito primero debe ser aceptado en el programa de trasplante en uno de los Centros de atención especializada del Plan. La cobertura también puede estar sujeta a la aprobación por parte de un comité de evaluación apropiado y designado por el Plan. El comité considerará factores como la eficacia del tratamiento para mejorar la duración y calidad de vida, la mortalidad y morbilidad asociadas con el tratamiento, los métodos de tratamiento alternativos, la bibliografía médica y científica actual, las posturas de organismos gubernamentales con respecto al tratamiento, las normas asistenciales de la comunidad y la afección física y mental del Inscrito.
5. **Exclusiones:** el Plan no cubre los costos de búsqueda, selección, transporte o almacenamiento de la médula ósea o los órganos.

S. CENTRO DE ATENCIÓN PALIATIVA

1. **Cobertura general:** el Plan cubre la atención física, psicológica, espiritual y de luto para los Inscritos en la última etapa de enfermedades terminales y sus familias. Los servicios cubren una variedad de cuidados para pacientes hospitalizados y atención médica domiciliaria las veinticuatro (24) horas. Se puede proporcionar atención médica domiciliaria. También se puede brindar en un Centro de atención paliativa del Proveedor participante u otro centro de dicho Proveedor participante. En los servicios se incluyen, entre otros: enfermería, médicos, asistencia de enfermeros certificados, enfermería de otros asistentes, trabajo doméstico, fisioterapia, atención pastoral, asesoramiento, voluntarios capacitados y servicios sociales. El Plan cubre otros beneficios disponibles a través del centro de atención paliativa. Dichos Beneficios están sujetos a las otras limitaciones en la Evidencia de cobertura e incluyen lo siguiente:

    - Suministros médicos
    - Fármacos y medicamentos biológicos
    - Prótesis y aparatos ortopédicos
    - Oxígeno y suministros respiratorios
    - Pruebas de diagnóstico
    - Alquiler o compra de equipo médico duradero
    - Transporte
    - Servicios médicos
    - Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla

- Asesoramiento nutricional de un nutricionista o dietista

2. **Limitaciones:** el cuidado en un centro de atención paliativa está sujeto a las siguientes condiciones y limitaciones:

   - Todos los servicios del centro de atención paliativa deben proporcionarse bajo la administración activa a través de dicho centro. El centro de atención paliativa es responsable de coordinar todos los servicios de cuidados paliativos. Esto es válido independientemente de la ubicación o el centro que brinde estos servicios.

   - Los servicios del centro de atención paliativa solo se permiten para Inscritos que están en la última etapa de enfermedades terminales y tienen una expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Un Inscrito puede vivir por más tiempo del que indica el pronóstico para la expectativa de vida. En este caso, los Beneficios continuarán durante tres (3) períodos de Beneficios (si es necesario). Si se necesitan períodos de beneficios adicionales, el personal de administración de casos del Plan trabajará con el médico tratante del miembro y el director médico del centro de atención paliativa para determinar si la atención continua en dicho centro es adecuada.

   - El hospicio requiere Autorización previa después del primer período de Beneficios.

   - Los servicios de apoyo por duelo para la familia del Inscrito fallecido estarán cubiertos por hasta doce (12) meses después de la muerte del Inscrito.

   - El equipo interdisciplinario del Centro de atención paliativa requiere Autorización previa para atención aguda a corto plazo del paciente o atención domiciliaria continua, que pueden ser necesarias durante un período de crisis, para el control del dolor o el manejo de los síntomas. Los servicios y cargos incurridos en relación con una enfermedad no relacionada se procesarán de acuerdo con las disposiciones de cobertura de la póliza aplicables a todas las demás enfermedades o lesiones.

T. OTROS SERVICIOS IMPORTANTES

1. **Diabetes:** en la cobertura del Plan para la diabetes de un Inscrito se incluyen el tratamiento nuevo o mejorado de los equipos de control, suministros y educación e información sobre la autogestión ambulatoria. Todos los suministros, incluidos los medicamentos y equipos para el control de la diabetes, deben entregarse según lo indicado, incluidos los productos de marca, a menos que el médico o profesional médico que emita la orden por escrito para los suministros o equipos apruebe una sustitución. Dichos artículos, cuando se obtengan para un Participante calificado, incluirán, entre otros, los siguientes:

   a) Equipo para la diabetes

- Monitores de glucosa en sangre (incluidos monitores de glucosa no invasivos y monitores para personas ciegas).

- Bombas de insulina (tanto externas como implantables) y accesorios asociados, que incluyen: dispositivos de infusión de insulina, baterías, elementos de preparación de la piel, suministros adhesivos, equipos de infusión, cartuchos de insulina y dispositivos duraderos y desechables para ayudar en la inyección de insulina.

- Aparatos de podología, incluidos hasta dos pares de calzado terapéutico por año calendario, para la prevención de complicaciones asociadas con la diabetes.

b) Suministros para la diabetes

- Tiras reactivas especificadas para su uso con un monitor de glucosa en sangre correspondiente, lancetas y dispositivos de lancetas, tiras de lectura visual y tiras reactivas y comprimidos para análisis de orina.

- Preparaciones análogas de insulina e insulina; accesorios para inyección, incluidos dispositivos utilizados para ayudar con la inyección de insulina y sistemas sin aguja, jeringas de insulina.

- Recipientes desechables para materiales de riesgo biológico.

- Agentes orales prescriptivos y no prescriptivos para controlar los niveles de azúcar en sangre.

- Kits de emergencia de glucagón.

c) La capacitación para el autocontrol de la diabetes para el participante calificado incluirá el desarrollo de un plan de control individualizado que se crea para el participante calificado (o su familia), y en colaboración con este, para comprender la atención y el control de la diabetes, incluido el asesoramiento nutricional y el uso adecuado de equipos y suministros para la diabetes.

Participante calificado se refiere a una persona elegible para la cobertura en virtud de este Contrato a la que se le ha diagnosticado (a) diabetes insulinodependiente o no insulinodependiente, (b) niveles elevados de glucosa en sangre inducidos por el embarazo o (c) otra afección médica asociada con niveles elevados de glucosa en sangre.

2. **Atención de enfermería especializada:** el Plan cubrirá los servicios de enfermería especializada para pacientes hospitalizados de un Inscrito. Dichos servicios deben proporcionarse en un centro de enfermería especializada del Proveedor participante.

Estos servicios también requieren Autorización previa. La cobertura del Plan se limita a cien (100) días por Año del plan.

3. **Servicios de rehabilitación:** el Plan cubrirá los servicios de terapeutas autorizados que prestan servicios de rehabilitación a corto plazo, incluidas la fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. La cobertura del Plan se limita a dos (2) meses de servicios para pacientes hospitalizados y veinte (20) consultas ambulatorias por terapia (fisioterapia y terapia ocupacional y del habla) por Año del plan. El período de sesenta (60) días de hospitalización comienza con la primera consulta del terapeuta. Los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados requieren Autorización previa. El Plan no cubrirá los servicios para afecciones crónicas o recurrentes que no muestren una mejora significativa prolongada dentro del plazo permitido.
4. **Servicios de habilitación:** en los servicios de habilitación se incluyen servicios que ayudan a una persona a conservar, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria. Entre algunos ejemplos, se incluyen la terapia para un hijo cubierto que no camina ni habla a la edad prevista. En estos servicios, se incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla-lenguaje y otros servicios para inscritos con discapacidades.
   - Los servicios de habilitación para pacientes hospitalizados requieren Autorización previa. El Plan no cubrirá los servicios para afecciones crónicas o recurrentes que no muestren una mejora significativa prolongada dentro del plazo permitido.
   - Los servicios de habilitación se limitan a veinte (20) visitas por año.
   - Excluye la atención de mantenimiento para los servicios de habilitación: “Cuando el Miembro alcanza el nivel máximo de mejora o no muestra un progreso continuo en virtud del plan de tratamiento, el servicio que anteriormente era habilitante deja de serlo”.

5. **Acupuntura:** el Plan cubrirá seis (6) consultas de acupuntura o acupresión de un proveedor autorizado dentro de la Red.

6. **Rehabilitación cardíaca:** el tratamiento en un programa se proporciona si un Médico participante lo indica o recomienda y lo brindan terapeutas participantes en centros participantes. Se utilizan criterios clínicos para determinar la candidatura apropiada para el programa, que consiste en una evaluación inicial, no más de dieciocho (18) sesiones de ejercicio y asesoramiento de rehabilitación cardíaca y una evaluación final que se debe completar dentro de un período de seis meses.

7. **Rehabilitación cardíaca:** el tratamiento en un programa se proporciona si un Médico participante lo indica o recomienda y lo brindan terapeutas participantes en centros participantes. Se utilizan criterios clínicos para determinar la candidatura apropiada para el programa, que consiste en una evaluación inicial, entre seis (6) sesiones educativas y hasta doce (12) sesiones de ejercicio y una evaluación final que se debe completar dentro de un período de dos a tres meses.

8. **Atención continua:** si un inscrito es internado en un hospital que no sea Proveedor participante, el inscrito puede regresar a este hospital para recibir atención de

seguimiento. Sin embargo, el Plan cubrirá dicha atención de seguimiento solo si el hospital que no sea proveedor participante está dispuesto a aceptar el pago del Plan por las tarifas pagaderas a los proveedores participantes. Se aplicarán todas las limitaciones y condiciones adicionales del Plan.

9. **Servicios de educación médica:** el Plan cubrirá las instrucciones en el uso apropiado de los servicios de salud. En esto se incluye información sobre las formas en que cada inscrito puede mantener su propia salud. Un Proveedor de atención primaria debe brindar dicha instrucción. Otro Proveedor participante con Autorización previa también podría proporcionarlo. En los servicios de educación médica, se incluyen instrucciones sobre medidas de atención médica personal e información acerca de los servicios. Por ejemplo, es posible que las instrucciones incluyan recomendaciones sobre los estándares médicos generalmente aceptados y la frecuencia de dichos servicios.

10. **Servicios de cirugía oral o anestesia dental:** el Plan cubrirá los siguientes servicios de cirugía oral para un Inscrito que tenga una Autorización previa:
    - Atención para el tratamiento de fracturas faciales agudas.
    - Tratamiento de neoplasias (tumores) faciales, de los huesos faciales o la boca.
    - Tratamiento Médicamente necesario de malformaciones congénitas.
    - Tratamiento de trastornos relacionados con el síndrome de la articulación temporomandibular que causa dientes traumatizados y tejido circundante.
    - El Plan no cubre otros servicios de cirugía oral, a menos que lo exija la ley de Colorado.

11. **Exámenes oculares:** el Plan cubrirá los exámenes oculares realizados por el Proveedor de atención primaria de un Inscrito para determinar la necesidad de corregir la visión. Los exámenes oculares con el fin de determinar la necesidad de lentes correctores no están cubiertos. Los dispositivos correctores y los equipos para la visión no están cubiertos. Este beneficio es solo para Miembros y Dependientes hasta los 26 años.

12. **Exámenes auditivos y audífonos:** el Plan cubrirá las pruebas de audición en respaldo de un diagnóstico y una afección médicamente cubierta. Esto se suma a los beneficios descritos en la sección mencionada anteriormente que se relaciona con los Beneficios para el habla y la audición infantiles. El Plan no incluye la audiometría y los timpanogramas de detección en respaldo de un diagnóstico. El Plan no cubre audífonos ni otros aparatos correctores, excepto según se estipula en la sección de Beneficios para el habla y la audición infantiles. Este beneficio es solo para Miembros y Dependientes hasta los 26 años.

13. **Medicamentos con receta:** los medicamentos con receta están cubiertos por su plan de beneficios de la siguiente manera:

- Los medicamentos con receta para pacientes hospitalizados aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) cuentan con cobertura cuando usted se encuentre en un hospital o en un centro de enfermería especializada.

- Los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios están cubiertos y sujetos al vademécum del Plan de la siguiente manera:

  - Los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios se designan según el Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3 y Nivel 4 en el vademécum de FHP.

  - Los medicamentos que no se mencionan en el vademécum del Plan no son considerados como servicios cubiertos.

  - Los medicamentos nuevos se excluyen del vademécum durante los primeros seis meses después de la aprobación de la FDA, a menos que se trate de medicamentos huérfanos.
    - La Ley de Medicamentos Huérfanos (Orphan Drug Act, ODA) otorga un estado especial a un medicamento o producto biológico ("medicamento") para tratar una enfermedad o afección poco frecuentes. Para que un medicamento califique para la designación de huérfano, tanto el medicamento como la enfermedad o afección deben cumplir ciertos criterios especificados en la ODA y en las reglamentaciones de implementación de la FDA en la Parte 316 de la Sección veintiuno (21) del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).

  - Los medicamentos con receta para la insulina y otros fármacos para la diabetes que reúnan los requisitos no le costarán al Miembro más de $100.00 por cada suministro por treinta (30) días y $300 por cada suministro para noventa (90) días.

  - Solo los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios relacionados con la Atención de emergencia y de urgencia pueden recibirse en farmacias fuera de la red. El Plan le reembolsará el costo de un medicamento con receta para pacientes ambulatorios adquirido a través de una farmacia fuera de la red por un monto que no exceda el Cargo permitido, menos el copago o coseguro aplicables establecidos en el Programa de beneficios dentro de los 90 días de la compra.

  - Los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios de una farmacia dentro de la red del Plan se proporcionarán sujetos al copago o coseguro establecidos en el Programa de beneficios.

  - No se excluirá ni restringirá el uso no autorizado de Medicamentos aprobados por la FDA para usarse en los tratamientos de cáncer si dichos fármacos:

    - Están aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal.

- Han demostrado ser eficaces y aceptados para el tratamiento del tipo específico de cáncer para el cual se ha recetado el fármaco en cualquiera de los siguientes compendios de referencia establecidos:

  (1) Compendio de Medicamentos y Productos Biológicos de la Red Nacional Integral contra el Cáncer.

  (2) El sistema Drug Dex de Thomson Micromedex.

  (3) Farmacología clínica de Elsevier Gold Standard.

  (4) Cualquier otro compendio autorizado según lo reconozca periódicamente el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- Se usarán para tratar los Servicios cubiertos.

Exclusión: el Plan no cubre fármacos contra el cáncer experimentales o en fase de investigación no aprobados ni ningún fármaco que la Administración de Alimentos y Medicamentos federal haya determinado que está contraindicado para el tratamiento del tipo específico de cáncer para el cual se ha recetado el fármaco.

- El Plan se reserva el derecho de limitar la cantidad máxima de un medicamento con receta para pacientes ambulatorios cubierto por el copago o coseguro. El Copago o Coseguro aplicables cubren el monto menor de un suministro por treinta (30) días o de 100 unidades o un envase comercial estándar, por receta. Se pueden aplicar excepciones a los medicamentos con receta surtidos a través de pedido por correo de medicamentos genéricos de mantenimiento. Los medicamentos de nivel especializado siempre están sujetos al pago de copago o coseguro para el suministro por 30 días.

- Medicamentos para los cuales un equivalente genérico. Si se solicita un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico aprobado disponible, el Miembro pagará la diferencia del costo entre el medicamento genérico y el de marca (cargo complementario), además del monto del copago o coseguro.

- La diferencia no se aplicará al Deducible ni al Desembolso máximo.

- Esto se exime si el Proveedor que receta designa el medicamento con receta que se entregará según lo indicó y existe una razón médica por la cual un medicamento genérico no satisface las necesidades médicas del Miembro.

- El Plan proporcionará cobertura sin copago ni participación en los costos para el medicamento de la PrEP que esté clínicamente indicado para la persona de acuerdo con el proveedor que emite la receta o el farmacéutico. Según las Pautas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, las personas indicadas para la PrEP incluyen:

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, son sexualmente activos y tienen una de las siguientes características:
  - tienen una pareja sexual serodiscordante;
  - el uso inconstante de condones durante el sexo anal receptivo o insertivo;
  - una infección de transmisión sexual (ITS) con sífilis, gonorrea o clamidia en los últimos 6 meses.

- Mujeres y hombres heterosexualmente activos que tienen una de las siguientes características:
  - tienen una pareja sexual serodiscordante;
  - el uso inconstante de condones durante las relaciones sexuales con una pareja cuyo estado de VIH se desconoce y que está en alto riesgo (p. ej., una persona que se inyecta drogas o un hombre que tiene relaciones sexuales con hombres y mujeres);
  - una ITS con sífilis o gonorrea en los últimos 6 meses.

- Personas que se inyectan drogas y tienen una de las siguientes características:
  - el uso compartido de equipos de inyección de drogas o
  - tienen cualquiera de los comportamientos o alguna de las condiciones identificadas en las secciones 5.A.1. o 5.A.2.
- Personas que tienen relaciones sexuales transaccionales, como sexo por dinero, drogas o vivienda, incluidos trabajadores sexuales comerciales o personas traficadas por trabajo sexual.

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres que tienen cualquiera de los comportamientos o cualquiera de las afecciones identificadas en las secciones anteriores.

- Las mujeres y los hombres transgénero que son sexualmente activos y que tienen cualquiera de las conductas o condiciones identificadas en las secciones anteriores.

La renovación de gotas oftálmicas recetadas está cubierta si:

- El asegurado solicita la renovación al menos por veintiún días para un suministro por treinta días de dichas gotas, por cuarenta y dos días para un suministro por sesenta días o por sesenta y tres días para un suministro por noventa días, desde la última fecha en que se surtió el medicamento con receta original al asegurado o la fecha en que se surtió la última renovación de dicho medicamento para el asegurado.

- La receta original indica que las cantidades adicionales son necesarias y la renovación solicitada por el asegurado no excede el número de cantidades adicionales necesarias.

- Se cubre un frasco adicional de gotas oftálmicas recetadas si:

- El asegurado o el Proveedor de atención médica solicitan un frasco en el momento en que se surte la receta original.

- La receta original establece que el asegurado necesita un frasco adicional para usarlo en una guardería, escuela o programa diurno para adultos. El frasco adicional se limita a un frasco cada tres meses.

Los beneficios de las gotas oftálmicas con receta cubiertos en virtud de esta sección están sujetos a los mismos deducibles, copagos o coseguros anuales establecidos para todos los demás beneficios de medicamentos con receta en virtud del Plan de beneficios de salud.

El Plan utiliza la terapia escalonada en su programa de farmacia. La terapia escalonada es un proceso de administración de la utilización similar a la Autorización previa. Esta terapia garantiza que los participantes del Plan usen medicamentos apropiados desde el punto de vista clínico de manera rentable.

Los protocolos/algoritmos de terapia escalonada se desarrollan en función de los hallazgos médicos actuales, la etiqueta de los fármacos aprobados por la FDA y los agentes de medicamentos, la eficacia terapéutica comparable y la utilización, y aquellos que tienen alternativas genéricas. Los medicamentos genéricos se recetan comúnmente como el agente de "primera línea" debido a su seguridad y eficacia establecidas para tratar una afección determinada y, por lo general, son menos costosos que los medicamentos de marca. Es posible que los medicamentos de marca seleccionados no estén cubiertos a menos que un participante del plan pruebe un agente alternativo de "primera línea" y no funcione. El Plan no requerirá Autorización previa antes de que un farmacéutico pueda recetar y surtir un medicamento para prevención de la infección por VIH. Además, el Plan no requerirá que una Persona cubierta con cáncer metastásico en estadio cuatro (4) se someta a una terapia escalonada para un medicamento cubierto que haya sido aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos u otro organismo reconocido para el tratamiento de cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro (4).

Cuando un Miembro presenta una receta para un medicamento que está bajo un algoritmo de terapia escalonada, la farmacia que surta dicho medicamento recibe un mensaje electrónico que informa al farmacéutico que el medicamento se encuentra bajo este algoritmo de terapia escalonada. Luego, el Miembro deberá comunicarse con su Proveedor para que vuelva a escribir la receta o envíe la información de la terapia escalonada requerida a la compañía de gestión de beneficios de farmacia para Miembros. Esa información de contacto se encuentra en la tarjeta de identificación de farmacia para Miembros.

Los medicamentos e inyectables no incluidos en el vademécum del Plan ocasionalmente

Usted, Su designado o Proveedor pueden solicitar medicamentos clínicamente apropiados que no estén cubiertos de otro modo por nosotros a través del proceso de excepción. Si FHP acepta su solicitud, cubriremos el medicamento que no pertenece al vademécum durante la vigencia de la receta. Si FHP rechaza su solicitud, Usted, su designado o Proveedor pueden solicitar una apelación de la decisión. Para obtener más información sobre el proceso de apelación, consulte la sección de Apelaciones y Quejas de este documento o llame a Friday Care Crew.

Cuando solicite una excepción, su médico u otra persona que recete deberán explicar los motivos médicos por los cuales necesita la excepción aprobada. Luego, consideraremos su solicitud. Si se aprueba su solicitud, cubriremos el medicamento que no pertenece al vademécum durante la vigencia de la receta. Esto puede aprobarse para un plazo de tiempo específico y puede requerir una nueva revisión.

Para informarle nuestra decisión, utilizaremos los plazos "estándares" a menos que hayamos acordado usar los plazos "acelerados". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico. Una decisión de cobertura acelerada significa que le daremos una respuesta dentro de las veinticuatro (24) horas después de que recibamos la declaración de su médico. Una decisión de cobertura acelerada significa que le daremos una respuesta dentro de las veinticuatro (24) horas después de que recibamos la declaración de su médico.

Puede recibir una decisión de cobertura acelerada solo si el tiempo de los plazos estándares puede causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad física o si actualmente recibe un tratamiento con un medicamento que no está en nuestro vademécum.

No puede solicitar una excepción acelerada si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró.

Las vitaminas, los nutrientes, los suplementos alimenticios y los medicamentos sin receta, incluso si son recomendados o proporcionados por un Proveedor, están excluidos, a menos que los estatutos o las regulaciones federales o estatales exijan que los debe cubrir el Plan.

Los medicamentos con receta minoristas para pacientes ambulatorios están cubiertos por el programa de medicamentos con receta del Plan. Usted, su designado o médico pueden solicitar el acceso a medicamentos clínicamente apropiados que no estén cubiertos de otro modo por el Plan a través del proceso de excepciones especial. Si se otorga la solicitud de excepciones, cubriremos el medicamento que no pertenece al vademécum durante la vigencia de la receta. Si se rechaza la solicitud de excepciones, Usted, Su designado o Proveedor (en función de su solicitud por escrito para permitir que su médico realice esta acción en su nombre) pueden solicitar una revisión externa de la decisión por parte de una organización de revisión independiente.

El Plan de salud proporcionará cobertura, sin Autorización previa, para un suministro por cinco días de al menos uno de los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal para el tratamiento de la dependencia de opioides, excepto que este requisito se limite a una primera solicitud dentro de un período de doce meses.

Para obtener información adicional sobre los procesos de excepciones de medicamentos con receta no incluidos en el vademécum del Plan, comuníquese con Friday Care Crew al 800-475-8466.

14. **Medicamento oral para el cáncer:** estos medicamentos deben estar aprobados por la

FDA para el cáncer que se esté tratando. También deben ser parte del protocolo de atención aprobado y deben cumplir con todas las calificaciones del vademécum. Medicamento anticancerígeno administrado por vía oral que cuenta con la aprobación de la FDA y que se utiliza para destruir o retrasar el crecimiento de células cancerosas. El medicamento administrado por vía oral se brindará al inscrito a un costo que no exceda el copago o coseguro, ya que se aplica a un medicamento para el cáncer administrado por vía intravenosa o inyectado para el mismo fin. Un medicamento proporcionado de conformidad con esta sección se recetará para el mismo propósito. Un medicamento proporcionado conforme a esta sección se recetará solo con el hallazgo de que es médicamente necesario para el propósito de destruir o retrasar el crecimiento de las células cancerosas de una forma que cumpla con los estándares de práctica médica aceptados a escala nacional, apropiados clínicamente en términos de tipo, frecuencia, lugar de la extensión y duración, y no de manera primordial para la comodidad del paciente, el médico u otro Proveedor de atención médica. Nada de lo expuesto en este documento prohibirá la cobertura de medicamentos genéricos orales en un plan de beneficios de salud ni prohibirá que el Plan aplique un vademécum o manejo clínico apropiados a ninguna decisión descrita en esta sección.

15. **Atención de rutina durante los ensayos clínicos:** los Servicios cubiertos pueden ser elegibles para cobertura cuando se reciben en relación con un ensayo clínico si se cumplen todas las condiciones a continuación:

- Los servicios habrían sido cubiertos si no hubiesen estado relacionados con un ensayo clínico.

- Usted es elegible para participar en el ensayo clínico de acuerdo con el protocolo con respecto al tratamiento de cáncer u otra afección que ponga en riesgo la vida (una afección a partir de la cual la probabilidad de muerte es potencial a menos que se interrumpa el curso de la afección), según se determine de una de las siguientes maneras:

  - Un Proveedor participante toma la determinación y el Director médico del Plan está de acuerdo.

  - Usted nos proporciona información médica y científica que establece esta determinación y está aprobada por el Director médico del Plan.

  - Si algún Proveedor participante participa en el ensayo clínico y lo acepta a Usted como participante en este ensayo, Usted debe participar a través de un Proveedor participante, a menos que el ensayo clínico esté fuera del estado donde vive.

- El ensayo clínico está aprobado en virtud de la Decisión de cobertura nacional de Medicare del 19 de septiembre de 2000 con respecto a los ensayos clínicos, según sus enmiendas.

- El paciente ha firmado una declaración de consentimiento y le proporcionó al Plan

una copia de la declaración del ensayo clínico firmada.

Para los Servicios cubiertos relacionados con un ensayo clínico, pagará el costo compartido correspondiente, tal como se muestra en su Programa de beneficios, que pagaría si los Servicios cubiertos no estuvieran relacionados con un ensayo clínico. Entre las exclusiones del ensayo clínico, se incluyen las siguientes:

- Cualquier parte del Ensayo clínico que pague una entidad gubernamental, biotécnica, farmacéutica o de la industria médica.

- Cualquier medicamento o dispositivo utilizados en un Ensayo clínico que pague el fabricante, distribuidor o Proveedor de dicho medicamento o dispositivo.

- Gastos externos relacionados con la participación en el ensayo o estudio clínicos en los que se incluyen, entre otros, gastos de viajes, vivienda y gastos adicionales que un participante o una persona que acompañe al participante deban afrontar.

- Un artículo o servicio que se proporcionan únicamente para satisfacer la necesidad de recopilación o análisis de datos que no estén relacionados con el manejo clínico del participante.

- Costos para la gestión de la investigación relacionada con el ensayo o estudio clínicos.

- Servicios de atención médica que, excepto por el hecho de que se proporcionan en un ensayo clínico, se excluyan específicamente de la cobertura en virtud de los Servicios cubiertos de los participantes.

- Nada de lo contenido en esta sección deberá:

- impedir que el Plan afirme el derecho de solicitar el reembolso de la entidad que lleva a cabo el ensayo o estudio clínicos para gastos que surjan de complicaciones causadas por un medicamento o dispositivo usados en el ensayo o estudio clínicos;

- interpretarse que proporciona una causa de acción privada contra el Plan por daños que surjan como resultado del cumplimiento de este requisito de cobertura.

A los fines de esta sección, se aplican las siguientes definiciones:

- “Ensayo clínico” hace referencia a un experimento en el que un medicamento o dispositivo se administran, surten o utilizan en una o más personas. En un experimento, se puede incluir el uso de una combinación de medicamentos y el uso de un medicamento en combinación con una terapia alternativa o un suplemento dietético.

- “Costo de atención de rutina para pacientes” hace referencia a todos los artículos y

servicios que son un beneficio en virtud de un plan de cobertura de salud que se cubriría si la persona cubierta no estuviera involucrada en los grupos experimentales o de control de un ensayo clínico, excepto el artículo o servicio de investigación en sí mismos, los artículos y servicios que se proporcionan de forma individual para satisfacer las necesidades de análisis y recopilación de datos y que no se utilizan en el manejo clínico del paciente, artículos y servicios que normalmente prestan los patrocinadores de la investigación de modo gratuito para todos los inscritos en el ensayo, costos de rutina en patrocinadores de investigación sin cargo para el inscrito en el ensayo; costos de rutina en ensayos clínicos en los que se incluyen artículos o servicios que habitualmente se brindan sin importar el ensayo clínico, artículos o servicios que se requieren de forma individual para la provisión de dichos artículos o servicios de investigación, el monitoreo apropiado desde el punto de vista clínico de los efectos del artículo o servicio, o la prevención de complicaciones y los artículos o servicios necesarios para la atención razonable e indispensable que surja de la provisión de un artículo o servicio de investigación, incluidos el diagnóstico o tratamiento de complicaciones.

16. **Atención para la afirmación del género (servicios para personas transgénero)**: Friday Health Plans asegura al Miembro y al Proveedor que cualquier solicitud de tratamiento de disforia de género se revisa de manera coherente y de acuerdo con los estándares de la agencia de acreditación, las reglamentaciones y leyes estatales y federales.

    a) La cobertura de servicios transgénero puede incluir:

        i. Apoyo farmacológico: consulte el vademécum de farmacia de los Planes o comuníquese con el Plan para obtener más información.

        ii. Procedimientos quirúrgicos:

            - Procedimientos generales:
                - Blefaroplastia (modificación de ojos y párpados), tensión facial/de frente y/o cuello, remodelación del hueso facial para feminización facial, genoplastía (reducción del ancho del mentón), ritidectomía (mejilla, mentón y cuello), implantes de mejilla, mentón y nariz, elevación/aumento de labios, aumento/creación/reducción del ángulo mandibular (mandíbula), remodelación del contorno orbital, rinoplastia (remodelación de la nariz), depilación con láser o electrólisis, aumento, reducción, construcción de mama/pecho.

            - Transición de hombre a mujer:

                - Cirugía intersexual, clitoroplastia, reparación plástica introitus, labioplastia, mamoplastia con implante, reconstrucción de la aréola del pezón, orquiectomía, penectomía, prostatectomía, reconstrucción de

vagina/perineo, uretroplastia, vaginoplastia, vulvoplastia, faloplastia.

- Transición de mujer a hombre:

  - Cirugía intersexual, histerectomía con o sin extirpación de trompas de Falopio y ovarios, vaginectomía, mastectomía, prótesis peniana, escrotoplastia, prótesis testicular, reconstrucción de pene/perineo, reconstrucción de pezón/aréola, uretroplastia, vulvectomía.

b) Limitaciones: los servicios no cubiertos se enumeran a continuación, entre otros:

i. Abdominoplastia, implante de pantorrilla, inyecciones de colágeno (que no sean los labios), injertos de grasa, injertos o trasplantes de cabello, liposucción, restauración de la piel, lecciones de terapia de voz.

17. **Subrogación:** en situaciones en las que una Inscrita reciba una compensación monetaria para subrogar su vientre, el Plan solicitará un reembolso por los Servicios cubiertos que reciba que estén asociados con la concepción, el embarazo o el parto, excepto que recuperaremos no más de la mitad de la compensación monetaria que usted reciba por subrogar su vientre. Un bebé nacido en virtud de un Acuerdo de subrogación no tiene derecho a la cobertura del seguro médico de la madre subrogada. Los padres previstos de un hijo nacido en virtud de un Acuerdo de subrogación de vientre deberán coordinar el seguro médico para el recién nacido.

    Dentro de los treinta (30) días después de ingresar en el Acuerdo de sustitución, la Inscrita debe
    enviar un aviso por escrito del acuerdo, incluidos los nombres, las direcciones, los números de teléfono de todas las partes y una copia firmada de todos los contratos y otros documentos que expliquen el acuerdo. El incumplimiento de informar al Plan puede dar lugar al rechazo de todos los Servicios cubiertos asociados con la concepción, el embarazo o el parto.

    Para los Servicios cubiertos relacionados con esta Sección de subrogación de vientre, la Inscrita pagará las obligaciones de costo compartido aplicables.

    A los fines de esta sección, se aplican las siguientes definiciones:

- "Acuerdo de subrogación de vientre" hace referencia a un acuerdo en el que una mujer acepta quedar embarazada y entregar al bebé a otras personas que pretenden criarlo.

U. ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO

1. **Atención de urgencia:** el Plan cubrirá la Atención de urgencia (por parte de un Proveedor no participante) que se proporciona al Inscrito fuera del Área de servicio. Esto es válido

solo si la atención es proporcionada por un centro que no sea un hospital o una sala de emergencias.

2. **Atención de emergencia:** el Plan cubrirá la atención que se proporciona a un inscrito fuera del área de servicio (por un Proveedor que no sea participante) en una emergencia médica. Esta cobertura estará sujeta a los términos descritos en la sección mencionada anteriormente que se relaciona con los servicios de emergencia. Un proveedor participante debe proporcionar toda la atención de seguimiento dentro del área de servicio, excepto que se indique lo contrario en esta Evidencia de cobertura.

V. MEDICAMENTOS PARA EL CÁNCER

1. **Uso no autorizado:** el plan puede cubrir el uso no autorizado de medicamentos para tratar, prevenir o controlar los síntomas del cáncer. El uso no autorizado de medicamentos aprobados por la FDA, incluso medicamentos para el cáncer, estará cubierto incluso cuando el medicamento se recete como tratamiento para una indicación particular para la cual el medicamento no ha sido aprobado por la FDA. FHP aprobará las recetas de medicamentos que se empleen para un uso no indicado en la etiqueta si se cumple lo siguiente:

   - El medicamento se ha reconocido como seguro y eficaz para el tratamiento de esa indicación en uno o más de los compendios de referencia médica estándar, incluidas las "evaluaciones de medicamentos de la AMA", la "Información de medicamentos del servicio de vademécum de hospitales de EE. UU." y la "Información de medicamentos para el Proveedor de cuidado de la salud", o un compendio de referencia autorizado identificado por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

   Exclusión: si un medicamento se receta para su uso no autorizado y la FDA ha determinado que su uso está contraindicado para el tratamiento de la indicación particular para la que se recetó, entonces no se considerará un beneficio cubierto.

W. SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS

1. Los servicios quiroprácticos están cubiertos cuando son proporcionados por quiroprácticos contratados y se limitan a la evaluación, los servicios de laboratorio y las radiografías requeridos para dichos servicios y el tratamiento de trastornos musculoesqueléticos. Las consultas se limitan a veinte (20) por año del plan.

2. Entre las exclusiones relacionadas con la atención de Servicios quiroprácticos, se incluyen las siguientes:

   - Hipnoterapia
   - Capacitación conductual
   - Terapia del sueño

- Programas de pérdida de peso
- Servicios no relacionados con el tratamiento del sistema musculoesquelético
- Servicios de rehabilitación vocacional
- Termografía
- Aires acondicionados, purificadores de aire, colchones terapéuticos, suministros o cualquier otro dispositivo y aparato similares
- Costo de transporte en el que se incluyen cargos de ambulancia locales
- Vitaminas, minerales, suplementos alimenticios, medicamentos con receta u otros productos similares
- Programas educativos de capacitación no médica sobre la autogestión de la atención o la autoayuda
- Todas las pruebas de diagnóstico relacionadas con estos servicios excluidos
- IRM u otros tipos de radiología diagnóstica
- Fisioterapia o terapia de masajes que no sean parte del tratamiento quiropráctico
- Equipo médico duradero (DME) o suministros para su uso en el hogar
- Asesoramiento nutricional o pruebas relacionadas

SECCIÓN 8: LIMITACIONES Y EXCLUSIONES (QUÉ NO ESTÁ CUBIERTO)

Todos los servicios, el alojamiento, la atención, los equipos, los medicamentos o los suministros que se mencionan a continuación quedan expresamente excluidos de la cobertura del Plan:

1. Cualquier atención que no sea Médicamente necesaria, según lo determine el Plan.
2. Cualquier atención que no se brinde de acuerdo con los estándares médicos aceptados.
3. Todos los servicios o suministros que excedan cualquier limitación de tiempo máximo (días o consultas) identificados en esta Evidencia de cobertura.
4. Implantes cocleares.
5. Procedimientos, tratamientos, dispositivos, productos o servicios de atención médica,

quirúrgicos o médicos que sean experimentales o de investigación.

6. Servicios de un Proveedor que no sea participante, excepto en caso de Emergencia médica o necesidad de urgencia del Inscrito fuera del Área de servicio.

7. Servicios o suministros para cualquier enfermedad, afección o lesión recibidas al estar preso en una instalación penal del condado, estatal o federal.

8. Una sala privada o servicios de enfermeros privados o especiales, que no sean médicamente necesarios, cuando un inscrito sea un paciente internado en un hospital.

9. Servicios de cualquier proveedor que no sea un médico, un proveedor que actúe bajo la supervisión de un médico o una enfermera obstetra certificada o un proveedor cuyos servicios deban estar cubiertos por organizaciones para el mantenimiento de la salud en virtud de las leyes del estado de Colorado. Entre los ejemplos de proveedores cuyos servicios no están cubiertos, se incluyen, entre otros, fisiólogos, homeópatas, naturópatas, especialistas en el método Rolfing, profesionales religiosos e hipnoterapeutas.

10. Servicios prestados en relación con el tratamiento de dientes o encías, aumento o reducción de mandíbula superior o inferior, o reconstrucción cosmética, o cirugía ortognática. En estos servicios, se incluyen tratamiento para trastornos de la articulación temporomandibular, independientemente de la causa, excepto aquellos servicios cubiertos de forma específica en esta Evidencia de cobertura. Todos los servicios dentales no identificados en la Evidencia de cobertura. Anestesia general para procedimientos dentales, excepto aquellos servicios cubiertos específicamente en esta Evidencia de cobertura.

11. Servicios no quirúrgicos (restauraciones dentales, ortodoncia o fisioterapia) o no diagnósticos o suministros (aparatos bucales, férulas bucales, ortopedia bucal, dispositivos o prótesis) brindados para el tratamiento de la articulación temporomandibular y todos los músculos y nervios adyacentes o relacionados.

12. Hogares de ancianos y atención de custodia.

13. Refracciones o exámenes oculares, excepto según se cubra específicamente en esta Evidencia de cobertura. Anteojos y todos los demás tipos de equipos o dispositivos correctores de la visión. En esto se incluyen lentes de contacto, ejercicios para la visión, análisis visual, terapia o capacitación, queratoplastia radial, queratotomía fotorrefractiva y lensectomía clara.

14. Exámenes de detección auditiva, excepto según se cubre específicamente en esta Evidencia de cobertura. Audífonos, dispositivos de enmascaramiento u otros aparatos auditivos o el ajuste de dichos dispositivos, excepto según se cubre específicamente en esta Evidencia de cobertura.

15. Equipo médico duradero o dispositivos de prótesis u ortopédicos de lujo, a menos que sean Médicamente necesarios, según lo determine el Plan. El Plan cubrirá los equipos estándares para satisfacer las necesidades de los Miembros.

16. Equipo médico duradero, dispositivos de prótesis y ortopédicos y lentes para cataratas ordenados antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Plan. Esto es válido incluso si se entregan después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Plan.

17. Reparación o reemplazo de cualquier equipo médico duradero o dispositivo de prótesis u ortopédico que sean resultado del uso indebido.

18. Las baterías no se pueden usar en dispositivos médicos implantables. Equipos médicos como esfigmomanómetros, estetoscopios, etc.

19. Todos los suministros desechables, sin receta o de venta libre. En estos se incluyen elementos como vendas y férulas, equipos de ejercicio e higiene, zapatos correctores y soportes de arco y prendas de soporte. También se incluyen dispositivos no exclusivamente médicos por naturaleza, como, entre otros, baños de sauna, spas, ascensores, aires acondicionados o filtros, humidificadores y deshumidificadores, equipos que pueden utilizarse después de que se satisface la necesidad médica, como sillas ortopédicas y motonetas motorizadas, y modificaciones a los vehículos domésticos o motorizados. Las excepciones a esta exclusión serían artículos o medicamentos de venta libre para los que se requiere su cobertura por estatutos o regulaciones federales o estatales.

20. Cirugía u otros servicios o suministros de atención médica para corregir, restaurar o mejorar partes del cuerpo que probablemente no provoquen una mejora significativa en la función corporal. En esto se incluyen, entre otros, implantes mamarios, excepto aquellos cubiertos después de una mastectomía debido al cáncer de mama. El Plan tendrá la exclusiva discreción para determinar si los servicios probablemente provoquen una mejora significativa en la función.

21. Productos cosméticos, de salud y belleza, y servicios y medicamentos relacionados con el diagnóstico y tratamiento del envejecimiento de la piel o para reducir o retrasar sus efectos. Servicios cosméticos que estén destinados principalmente a cambiar o conservar su apariencia y que no provocarán una mejoría importante en su capacidad física. En esto se incluye la cirugía cosmética relacionada con la cirugía bariátrica.

22. Preparación y presentación de informes médicos o psicológicos o exámenes físicos requeridos principalmente para la protección y comodidad del Inscrito o terceros. En esto se incluyen, entre otros, exámenes o informes para eventos escolares, campamentos, empleo, matrimonio, ensayos o audiencias y licencias y seguros. Sin embargo, los exámenes pueden cubrirse cuando se realizan como examen físico programado.

23. Vacunas obligatorias para viajar fuera de los Estados Unidos continentales.

24. Todas las afecciones relacionadas con el servicio militar.

25. Pago de atención por afecciones que la ley estatal o local requieran que se traten en un establecimiento público.

26. Todos los servicios relacionados con la reversión de la infertilidad (esterilización) inducida quirúrgicamente y voluntaria.

27. Todos los servicios y suministros (que no sean para la inseminación artificial) relacionados con la concepción por medios artificiales. Esto significa que los medicamentos con receta relacionados con dichos servicios y el semen y los óvulos de donantes utilizados para dichos servicios, tales como, la fertilización in vitro, los trasplantes de embriones y los procedimientos de transferencia intratubárica de cigotos y de gametos no están cubiertos. Estas exclusiones se aplican a personas o parejas fértiles e infértiles.

28. Complicaciones causadas por el tratamiento de la infertilidad.

29. Abortos provocados.

30. Tratamiento y rehabilitación para la obesidad, Servicios no cubiertos relacionados con la obesidad, servicios educativos para la pérdida de peso, suplementos alimenticios, excepto según se cubre específicamente en el presente documento.

31. Todos los trasplantes de órganos y tejidos o el rescate de células madre autólogo no se identifican explícitamente como Servicios cubiertos.

32. Servicios para un donante de órganos o futuro donante cuando el receptor del trasplante no es un inscrito.

33. Costos de búsqueda, selección, transporte y almacenamiento de la médula ósea y los órganos.

34. Trasplantes desaprobados por el comité de evaluación correspondiente.

35. Artículos de comodidad personal, como televisión, teléfono, lociones, champús, comidas en el hogar, comidas para los huéspedes en los centros para pacientes hospitalizados, servicios de limpieza, etc.

36. Diagnóstico y tratamiento para el retraso mental, trastornos de aprendizaje o del comportamiento, problemas psicológicos, retraso del habla, discapacidad conceptual, discapacidad o retraso en el desarrollo o dislexia. Las excepciones a esta exclusión serían los servicios que se deben cubrir en otra parte del plan de beneficios.

37. A menos que se identifiquen específicamente como Servicios cubiertos, cualquier prueba de capacidad, estado del desarrollo, inteligencia, aptitud o interés, o terapia del sueño

para el insomnio.

38. Servicios de rehabilitación a largo plazo.

39. Tratamiento quirúrgico u hospitalización para el tratamiento de la impotencia, dispositivos de prótesis o ayuda.

40. Pruebas genéticas, asesoramiento o ingeniería, a menos que se indique lo contrario en este documento.

41. Terapia recreativa o educativa, capacitación o terapia no médica de autoayuda y terapia del sueño.

42. Cargos de bancos de huesos y ojos.

43. Ejercicios ortópticos y pleópticos, análisis visual, terapia o capacitación visuales.

44. Servicios que el Inscrito no tendría que pagar en ausencia de cobertura del Plan.

45. Servicios prestados por una persona que vive en el hogar del Inscrito. Servicios prestados por un familiar directo del Inscrito.

46. El tratamiento de cualquier lesión o enfermedad que surja de cualquier trabajo remunerado, o como resultado de este. Sin embargo, esta exclusión no se aplicará cuando el Inscrito no esté obligado a tener cobertura por una política de compensación para los trabajadores y, de hecho, no tenga dicha cobertura. Esto se aplicaría en los siguientes casos:

    - Un único propietario si el Empleador es una empresa de propiedad exclusiva.
    - Un socio del empleador o alguien con quien el empleador esté asociado.
    - Un funcionario ejecutivo del empleador si el Empleador es una corporación.

47. Medicamentos con receta relacionados con el confinamiento como paciente hospitalizado o ambulatorio surtidos en una farmacia del hospital antes del alta (medicamentos para llevar a casa).

48. Medicamentos de venta libre que no sean insulina.

49. Ciertos inyectables que se obtengan a través de una farmacia (que no sean insulina).

50. Medicamentos con receta que tengan un equivalente de venta libre (p. ej., Monistat 7, Disobrom, etc.).

51. Fórmulas dietarias y anorexígenos para la pérdida de peso.

52. Los medicamentos anticonceptivos de venta libre o los dispositivos que no requieran receta no están cubiertos.

53. Los medicamentos o las inyecciones para el tratamiento de la infertilidad involuntaria no están cubiertos.

54. Los medicamentos abortivos no están cubiertos.

55. Los medicamentos/recetas compuestos no están cubiertos.

56. Medicamentos sin indicaciones aprobadas.

57. Medicamentos con receta que un inscrito tiene derecho a recibir sin cargo alguno en virtud de la Ley de Indemnización Laboral o del seguro de responsabilidad por accidentes automovilísticos.

58. Medicamentos que se etiquetan como “Caution – limited by Federal law to investigational use” (Precaución: limitado por la ley federal para su uso en investigación) o experimentales, aunque se pueda realizar un cargo al beneficiario.

59. Resurtido de un medicamento con receta que supere la cantidad especificada. Cualquier resurtido dispensado después de un año del pedido original.

60. Terapia psiquiátrica en virtud de la libertad condicional, el período de prueba o la orden judicial, a menos que se identifique específicamente como cubierta.

61. Análisis capilar.

62. Atención de rutina para los pies (incluido el tratamiento de callos, callosidades y corte de uñas). Atención de pies en relación con pies planos, arcos caídos, pies débiles, tensión crónica o malestares sintomáticos de los pies.

63. Ejercicios posparto.

64. Servicios para afecciones que surjan o empeoren como resultado del rechazo del Inscrito a aceptar el tratamiento recomendado por un Proveedor participante.

65. Servicios no prestados de acuerdo con las políticas y los procedimientos del Plan. Servicios prestados por Proveedores que no sean participantes (excepto por Emergencias médicas o situaciones de Atención de urgencia que ocurran fuera del Área de servicio).

66. Cualquier servicio de ambulancia que no sea Médicamente necesario. El servicio de ambulancia Médicamente necesario se presta si está autorizado previamente por parte del Proveedor de atención primaria del Inscrito o posteriormente aprobado por el Plan según sea Médicamente necesario. El Plan no proporciona transporte de ambulancia

debido a la ausencia de otro transporte por parte del Inscrito. Se puede rechazar la cobertura de una ambulancia ordenada por un vecino, familiar, empleado escolar, empleador, etc. si el servicio no es Médicamente necesario, según lo determine el Plan.

67. Se excluyen todos los costos relacionados con embarazos por subrogación de vientre y partos de personas que no sean Miembros.

68. Nutrición enteral, excepto según lo ordenado por los estatutos o las regulaciones.

SECCIÓN 9: RESPONSABILIDAD DE PAGO DE LOS MIEMBROS

PRIMAS MENSUALES

A cambio de la cobertura del Plan, se le exigirá que pague Primas mensuales a la Compañía de seguro médico. Sin embargo, sus primas pueden reducirse si es elegible para adelantos de primas. Los Adelantos de primas se enviarán directamente a la Compañía de seguro médico del gobierno federal. Dicha Compañía le enviará una factura mensual por el monto de las Primas que adeude. Su cobertura puede rescindirse si no paga sus primas oportunamente. El derecho del Plan de rescindir su cobertura se describe en la sección Fecha de entrada en vigencia de la finalización de la cobertura.

PAGOS DETALLADOS EN EL PROGRAMA DE BENEFICIOS

Usted será responsable de pagar los montos de copago, coseguro y deducible descritos en el Programa de beneficios. Su Límite máximo de gastos de bolsillo incluye todos los montos de copagos, coseguros y deducibles. Sin embargo, estos montos pueden reducirse si usted es elegible para Subsidios de costos compartidos. También será responsable de pagar cualquier servicio de atención médica que no califique como servicios cubiertos. Por último, en la mayoría de los casos, se le exigirá que pague los servicios de atención médica que reciba de un Proveedor de atención médica que no sea un Proveedor participante y aquellos que se brindaron sin una Autorización previa del Plan no cuentan para su Deducible ni para su Límite máximo de gastos de bolsillo. Además, usted será responsable del costo de los servicios que no califican como Servicios cubiertos, el costo de los servicios para los Proveedores que no forman parte del Plan o los servicios provistos sin Autorización previa, incluso si ha alcanzado su Límite máximo de gastos de bolsillo. Si accede a un Proveedor fuera de la red para recibir servicios de emergencia y que no sean de emergencia, FHP proporcionará divulgaciones sobre la responsabilidad financiera de una persona cubierta por esos servicios. Esta información también está disponible en nuestro sitio web titulado “Apéndice A”. Este documento describe sus derechos como miembro con respecto a la facturación sorpresa.

COORDINACIÓN CON OTRA COBERTURA

OTRA COBERTURA

El monto de cualquier pago del Plan por los servicios cubiertos prestados a un inscrito puede reducirse si el inscrito cuenta con otro plan de atención médica. Este puede ser el caso incluso si el inscrito no presenta un reclamo al otro plan. El Plan pagará el monto menor de lo siguiente:

- el monto total pagadero por los servicios cubiertos en virtud del Plan; o

- un monto que, cuando se agrega al monto pagadero en virtud del otro plan, no es mayor que la suma pagadera por el Plan para los servicios cubiertos.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB) DE MEDICARE

Medicare será primario, excepto según lo exija la ley.

COB DE SEGURO DE AUTOMÓVIL

- Coordinación con la cobertura automotriz. Sus beneficios en virtud de este contrato se coordinarán con cualquier cobertura sin culpa u otro seguro automotor que proporcione cobertura de pagos o de gastos médicos de cualquier forma, según lo permita la ley.

- Pago. Si usted es elegible para recibir beneficios en virtud de la cobertura automotriz, dicha cobertura será primaria y será responsable de todos los beneficios pagaderos en virtud de dicha cobertura automotriz. Si usted es elegible para recibir cobertura en más de una póliza de seguro automovilístico, cada póliza pagará su cobertura automotriz a cualquier costo compartido que se deba pagar en virtud de este contrato, tal y como exige la ley. Podemos solicitar pruebas de que la cobertura automotriz haya pagado todos los beneficios requeridos. Si solicitamos información, debe brindárnosla antes de que estemos obligados a realizar cualquier pago.

- Liquidación de reclamos de la cobertura automotriz. No podrá liberar ni liquidar ningún reclamo de cobertura automotriz sin nuestro consentimiento por escrito si pagamos o pudiéramos pagar beneficios por servicios que estarían cubiertos por dicha cobertura automotriz. Si Usted libera o resuelve un reclamo de cobertura automotriz sin nuestro consentimiento, podemos rechazar la provisión de beneficios para los servicios que le proporcionaría dicha cobertura automotriz. Si Usted libera o resuelve un reclamo de cobertura automotriz sin nuestro consentimiento, podemos rechazar la provisión de beneficios para los servicios que le proporcionaría dicha cobertura automotriz. También podemos recuperar los montos que obtuvo en virtud de la cobertura automotriz por cualquier beneficio que proporcionemos que le hubiera brindado dicha cobertura automotriz. Los montos que obtenga o pueda obtener para futuros servicios de atención médica que se brindarían por la cobertura automotriz se colocarán en una cuenta de fideicomiso según lo indicamos para el pago de estos servicios.

COBERTURA PREVIA

A menos que la ley no lo permita, los Beneficios en virtud de este Contrato serán secundarios para la atención proporcionada durante el período de extensión de los beneficios o como resultado de cargos acumulados de la cobertura previa del inscrito, si los hubiera.

SIN RECUPERACIÓN DOBLE

En ningún caso, tendrá derecho a obtener una doble recuperación de las pólizas para los servicios de atención médica que se le proporcionen.

COBERTURA CON OTRAS ASEGURADORAS

Esto se aplica si tiene cobertura doble y no se implementan otras disposiciones de Coordinación

de beneficios. Esto generalmente ocurre cuando una de las pólizas que proporciona cobertura doble no es una póliza grupal. Para esta sección, “Otra cobertura válida” hace referencia a la cobertura proporcionada por lo siguiente:

- entidades sujetas a las leyes o regulaciones de seguros de Colorado o cualquier otro estado; o

- entidades de servicios médicos u hospitalarios o HMO.

Si tiene Otra cobertura válida, no con nosotros, que proporcione beneficios para los mismos Beneficios de este Contrato en función de la prestación de servicios o sobre un gasto incurrido y usted no nos ha dado aviso por escrito de su Otra cobertura válida antes de la ocurrencia o el inicio de la pérdida, nuestra única responsabilidad será por lo siguiente:

- La proporción de la pérdida como el monto que de otro modo hubiera sido pagadero en virtud de este Contrato, más el total de montos similares en virtud de la Otra cobertura válida por la misma pérdida de la cual teníamos aviso sobre el total de montos similares en virtud de todas las coberturas válidas para dicha pérdida.

- Para la devolución de dicha parte de las Primas pagadas que excedan la porción prorrateada por el monto determinado.

A los fines de implementar esta disposición cuando otra cobertura se aplique en base a la prestación de servicios, el “monto similar” de dicha otra cobertura se tomará como el monto que los servicios prestados habrían costado en ausencia de dicha cobertura.

ORDEN DE BENEFICIOS

Cada plan determina su orden de beneficios mediante la primera de las siguientes reglas.

1. Suscriptor o dependiente: el Plan que cubre a la persona que no sea un dependiente, por ejemplo, un Miembro, es el plan primario. El plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario.

2. Orden de cobertura de Dependientes: a menos que exista una orden judicial que indique lo contrario, los planes que cubren a un hijo dependiente deben determinar el orden de los beneficios mediante las siguientes reglas que se aplican.

    - Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no en alguna ocasión, el plan de los padres cuyo cumpleaños se encuentre antes en el año calendario es el plan primario.

        - Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que ha cubierto al padre o la madre por más tiempo es el plan primario.

    - En el caso de un Hijo dependiente cuyos padres se divorcian, se separan o no viven juntos, independientemente de si alguna vez hayan estado casados, se

aplican las siguientes reglas.

- Si una orden judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos y la cobertura de atención médica del Hijo dependiente y el Plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, entonces ese Plan es primario.

- Si una orden judicial declara que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica del hijo dependiente, el Plan del padre que cumpla años antes en el año calendario es primario.

- Si una orden judicial declara que ambos padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de los dos tiene la responsabilidad de los gastos y la cobertura de atención médica del hijo dependiente, el Plan del padre que cumpla años antes en el año calendario es primario.

- Si no hay una orden judicial que establezca responsabilidad por los gastos y la cobertura de atención médica del Hijo dependiente, se aplicará el siguiente orden de beneficios: el plan que cubre al padre con la custodia, el plan que cubre al Cónyuge del padre con la custodia, el plan que cubre al padre sin la custodia; luego, el plan que cubre al Cónyuge del padre sin la custodia.

SUS OBLIGACIONES DE DIVULGACIÓN

Debe informar a la Compañía de seguro médico y a sus proveedores de atención médica cualquier otra cobertura que usted o sus Dependientes cubiertos puedan tener. En esto se incluye la cobertura en virtud de cualquier póliza de seguro grupal o por discapacidad general, contrato de servicios de atención médica, organización de proveedores preferidos o acuerdo grupal de organización para el mantenimiento de la salud emitida por una aseguradora, contratistas de servicios de atención médica u organizaciones para el mantenimiento de la salud, plan fiduciario de gestión laboral, plan de organización laboral, plan de organización de empleador o de organización de beneficios para empleados, plan gubernamental (como Medicare o Medicaid) o cobertura requerida o proporcionada por ley. Se le solicitará que divulgue esta información cuando solicite cobertura, cuando reciba los Servicios cubiertos y periódicamente según lo solicite la Compañía de seguro médico. También se le solicitará que identifique a la otra aseguradora, el otro grupo que proporcione la cobertura y cualquier otro detalle solicitado por la Compañía de seguro médico.

DERECHOS DE RECUPERACIÓN

DEL PLAN DERECHO DE SUBROGACIÓN O REEMBOLSO

En determinadas circunstancias, Usted o sus Dependientes cubiertos (o los herederos, albaceas o beneficiarios suyos o de sus Dependientes cubiertos) pueden tener la obligación de reembolsar al Plan los pagos realizados a Usted o a su nombre o a sus Dependientes cubiertos. Este derecho de reembolso surge si Usted o sus Dependientes cubiertos reciben algún beneficio en virtud del plan como resultado de una lesión o enfermedad, y hay un tercero (incluida una compañía de seguro médico) que es legalmente responsable de pagar por sus lesiones (o las de sus Dependientes cubiertos). Los derechos del plan en virtud de esta sección surgen después de que

usted o sus dependientes cubiertos reciban una compensación completa. En estos casos, el Plan tendrá el derecho legal (conocido como "derecho de subrogación") de recuperar cualquier monto que sea pagadero por el tercero (como una compañía de seguro médico). En estos casos, si Usted o sus Dependientes cubiertos reciben un pago o una liquidación del tercero (como una compañía de seguro médico), aceptan reembolsar al Plan cualquier beneficio pagado por el Plan después de que Usted o sus Dependientes cubiertos hayan recibido una compensación completa. Este reembolso no se limita a los fines establecidos del pago del tercero ni de cómo se caracteriza el pago del tercero en cualquier acuerdo o juicio.

Usted acepta informar al Plan por escrito sobre cualquier beneficio pagado por el Plan que surja de cualquier enfermedad o lesión causadas por un tercero. También acepta proporcionarle al Plan la siguiente información por escrito:

- El nombre y la dirección del tercero que causó la lesión, los datos concretos del accidente y cualquier otra información razonablemente necesaria para proteger los derechos del Plan.

- Toda la información sobre las aseguradoras de responsabilidad del tercero, si se conoce.

- Información relacionada con cualquier protección contra lesiones personales, seguro contra conductores con seguro insuficiente o sin seguro o cualquier otro seguro, así como una copia de dicha póliza de seguro; aviso de cualquier reclamo o acción legal presentada o presentada contra un tercero (dentro de los sesenta (60) días de haber presentado o presentado dicho reclamo).

- Aviso previo por escrito de cualquier acuerdo previsto.

Usted (y sus Dependientes cubiertos) no podrán resolver ningún reclamo o renunciar a ningún derecho compensado por un tercero (incluida una compañía de seguro médico) sin la aprobación previa por escrito del Plan. Al presentar un reclamo ante el Plan o aceptar sus beneficios, se considera que usted y sus dependientes cubiertos han dado su consentimiento para la subrogación y el derecho de reembolso del Plan. Se considera que Usted y sus Dependientes cubiertos han acordado cooperar con el Plan de cualquier manera necesaria para realizar, perfeccionar o procesar cualquier reclamo, derecho o causa de acción relacionadas. Usted o sus Dependientes cubiertos aceptan celebrar un acuerdo de subrogación y reembolso con el Plan, si dicho Plan lo solicita. Usted y sus dependientes cubiertos no podrán hacer nada que perjudique o vulnere los derechos del Plan a buscar sus derechos de reembolso y subrogación. Los Estatutos de Colorado regirán los Derechos de subrogación y recuperación. Si algo de esta sección no cumple con los Estatutos de Colorado, será suspendida por dichos Estatutos de Colorado.

DERECHO A COMPENSAR PAGOS FUTUROS

Si el Plan les envía a Usted o a su dependiente cubierto un pago por error, o el Plan paga de más un monto adeudado a Usted o a su dependiente cubierto, el Plan puede reducir, por el monto del error, los montos futuros pagaderos a Usted o a su dependiente cubierto. Este derecho a compensar no limita el derecho del Plan a recuperar un pago erróneo de ninguna otra manera.

CESIÓN DE DERECHOS

No podrá ceder (transferir) ninguno de Sus derechos o beneficios en virtud del Plan a otra

persona. No podrá ceder (transferir) ningún reclamo, derecho de recuperación o pago que pueda tener contra el Plan. Sin embargo, tiene permitido ceder (transferir) por escrito cualquier monto que le pague el Plan por los servicios cubiertos que le presten a Usted (o a sus Dependientes cubiertos).

SECCIÓN 10: PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS (CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO)

EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PUEDE PRESENTAR EL RECLAMO

En la mayoría de los casos, cuando usted o sus Dependientes cubiertos reciban servicios de atención médica, el proveedor de atención médica enviará un reclamo directamente al Plan para su pago. El Proveedor de atención médica puede hacerlo porque la información del Plan figura en su tarjeta de identificación.

RECLAMOS QUE PRESENTA ANTE EL PLAN

En otros casos (como cuando usted no puede mostrar su tarjeta de identificación), es posible que deba pagar al proveedor de atención médica todos los servicios en el momento de la provisión de la atención. Si esto sucede, puede presentar un reclamo por escrito ante el Plan. Si presenta su reclamo de manera oportuna, el Plan le reembolsará el monto que pagó por los Servicios cubiertos que le brindaron hasta la tarifa contratada con el proveedor. Sin embargo, el Plan no le reembolsará los montos de copago, coseguro o deducible que deba pagar al Proveedor de atención médica. En algunos casos, el proveedor de atención médica puede acordar enviarle una factura por los servicios de atención médica proporcionados. Si esto sucede, puede presentar un reclamo por escrito ante el Plan. Si presenta su reclamo de manera oportuna, el Plan le reembolsará al proveedor de atención médica los servicios cubiertos que le brindó a la tarifa contratada con el proveedor. Sin embargo, el Plan no le reembolsará los montos de copago, coseguro o deducible que deba pagar al Proveedor de atención médica. Usted es responsable de asegurarse de recibir la factura del proveedor de atención médica de manera oportuna. Si no presenta su reclamo de manera oportuna, el Plan no le pagará al proveedor de atención médica. En cambio, se le exigirá que pague todos los servicios de atención médica que le brindaron.

PLAZOS Y CONTENIDOS DEL RECLAMO

Si presenta un reclamo ante el Plan, debe hacerlo en el término de noventa (90) días a partir de la fecha en que se prestaron los servicios de atención médica. En su reclamo se debe incluir el diagnóstico, el tipo de tratamiento brindado, la fecha de servicio, el nombre y la dirección del Proveedor de atención médica, los cargos por la atención, el nombre y el número de identificación del Inscrito. Si ya pagó al proveedor de atención médica, también debe incluir los recibos que demuestren su pago. Todos los reclamos deben enviarse a:

Friday Health Plans
PO Box 194,
Sidney, NE 69162
Identificación electrónica
del pagador: H0657

Todos los reclamos carentes de irregularidades se pagarán, rechazarán o resolverán dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción del Plan si se envían electrónicamente y dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario después de la recepción por parte del Plan si se presentan por cualquier otro medio.

Si un reclamo requiere información adicional (no es un reclamo carente de irregularidades), el

Plan, dentro de los treinta (30) días calendario después de la recepción de dicho reclamo, le dará al Proveedor, al titular de la póliza, al asegurado o al paciente, según corresponda, una explicación completa por escrito de la información adicional necesaria para resolver el reclamo. Si la información solicitada no se recibe dentro de los treinta (30) días, se podrían rechazar los reclamos.

Si no se produce fraude, todos los reclamos (excepto los carentes de irregularidades) se pagarán, rechazarán o resolverán en un plazo de noventa (90) días calendario después de que el Plan los reciba.

RECORDATORIOS

Es importante recordar que, en la mayoría de los casos, el Plan solo pagará los servicios de atención médica prestados por un Proveedor participante. También es importante recordar que el Plan solo pagará los Servicios cubiertos. Si le reembolsan un pago que ha realizado a un proveedor participante, se le reembolsará a la tarifa contratada del Plan con el proveedor participante. Si no presenta su reclamo dentro del período de noventa (90) días requerido, se rechazará dicho reclamo.

NOTIFICACIONES DE RECLAMOS

SI SE RECHAZA UN RECLAMO

Si se rechaza su reclamo, o una de sus partes, el Plan le informará por escrito. El aviso escrito contendrá la siguiente información:

- Motivos específicos del rechazo.
- Una explicación de la razón médica para la decisión, si corresponde.
- Referencia específica a las disposiciones pertinentes del Plan.
- Una descripción de cualquier material o información adicionales necesarios para que usted perfeccione su reclamo y una explicación de por qué son necesarios dicho material o información.
- Información sobre los pasos que puede seguir si desea apelar la decisión.

En el aviso también se puede incluir cualquier información relacionada con una regla, pauta o protocolo internos en los que se basó la toma de la decisión de beneficio. Si el rechazo se basa en la necesidad médica, el tratamiento experimental o la exclusión o el límite similares, el aviso puede contener una explicación del criterio científico o clínico utilizados para tomar la decisión. Si el aviso no brinda esta información, contendrá una declaración de que se le proporcionará esta información previa solicitud por escrito sin cargo.

PLAZOS DEL AVISO

Una vez que el Plan revise su reclamo, dicho Plan le informará cualquier decisión para pagarlo o rechazarlo. La notificación se proporcionará dentro del plazo de las leyes y reglamentaciones

estatales. Esta notificación se enviará en forma de una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB). La EOB no es una factura, sino una explicación de cómo se aplica el costo de su atención médica a sus Beneficios.

SECCIÓN 11: DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

LA COBERTURA SE LIMITA A LOS SERVICIOS CUBIERTOS

Un Proveedor participante puede brindar, recetar, ordenar, recomendar, aprobar, derivar o dirigir un servicio o suministro. Sin embargo, esto no significa que el servicio o suministro se consideren como servicios cubiertos. Los servicios y suministros de atención médica que paga el Plan se identifican en la sección **BENEFICIOS Y COBERTURA (QUÉ ESTÁ CUBIERTO).** Si un servicio o suministro de atención médica no se identifican en la sección **BENEFICIOS Y COBERTURA (QUÉ ESTÁ CUBIERTO)**, no se considerarán como servicios cubiertos y no los pagará el Plan. Este es el caso incluso si el servicio o suministro de atención médica no se identifican específicamente en la sección **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES (QUÉ NO ESTÁ CUBIERTO)**.

EL PLAN NO PAGA AUTOMÁTICAMENTE LOS SERVICIOS CUBIERTOS

Es importante tener en cuenta que el Plan pagará los Servicios cubiertos solo si se cumplen otros términos y condiciones del Plan. Por ejemplo, para que el Plan pague el Servicio cubierto, dicho servicio cubierto debe ser médicamente necesario. El Director médico debe decidir si un Servicio cubierto es Médicamente necesario. En la mayoría de los casos, su Proveedor de atención primaria u otro Proveedor participante debe prestar el Servicio cubierto. Por lo general, si recibe Servicios cubiertos de un Proveedor participante que no sea su Proveedor de atención primaria, primero debe recibir la Autorización previa.

PERÍODO DE GRACIA PARA PAGO DE PRIMAS

Si recibe Adelantos de Primas, el Plan le otorgará un período de gracia de tres (3) meses para el pago de las primas. Durante el primer mes de este período de gracia, el Plan continuará pagando Sus Servicios cubiertos, pero, durante el segundo (2.°) y el tercer (3.°) mes de dicho período de gracia, el Plan no pagará Sus Servicios cubiertos, y tales servicios se pagarán únicamente después de que se hayan pagado las primas para este período. Si no recibe Adelantos de Primas, el Plan le otorgará un período de gracia de treinta y un (31) para el pago de las primas durante el cual Su cobertura (y la de Sus Dependientes cubiertos) permanecerá vigente. El Plan tiene derecho a procurar la cobranza de las Primas adeudadas durante el período de gracia.

SIN LÍMITES DE POR VIDA NI ANUALES

No existe un límite en dólares de por vida sobre los beneficios esenciales para la salud que pueda recibir del Plan. No existe un límite en dólares anual sobre los beneficios esenciales para la salud que usted pueda recibir del Plan. Sin embargo, existen otros límites para sus beneficios. Esos límites se describen en esta Evidencia de Cobertura.

PLAN DE ACCESO

La Compañía de seguro médico ha desarrollado un “Plan de acceso”. El Plan de acceso garantiza que Usted y otros Inscritos tengan acceso a una cantidad y tipo apropiados de Proveedores participantes. El Plan de acceso está disponible a pedido por correo y en la oficina comercial del Plan. La oficina comercial se encuentra en:

Friday Health Plans of Colorado, Inc.
700 Main Street

Alamosa, Colorado 81101
questions@fridayhealthplans.com

ADMINISTRACIÓN DE CASOS

Nuestro programa de administración de casos es gratuito y voluntario. Su participación en el programa no reemplaza la atención y los servicios que recibe de su PCP y otros Proveedores. Puede ingresar al programa de muchas maneras, por ejemplo:

- mediante la realización de su Evaluación de riesgos de salud;
- nuestra revisión de información de reclamos;
- una derivación de un gerente de la atención hospitalaria o uno de sus Proveedores;
- autoderivación.

Enfermeros experimentados pueden ayudarlo a comprender y obtener la atención que necesita si está abrumado por un nuevo diagnóstico o si Usted o un ser querido tienen necesidades especiales, como movilidad limitada o dificultades intelectuales. Si considera que se beneficiaría con nuestro Programa de administración de casos, puede llamar a Friday Health Plans al 800- 475-8466..

DERECHOS ESPECIALES DEL MIEMBRO

PRIVACIDAD

La Compañía de seguro médico tendrá acceso a los datos de sus registros médicos, incluida la información recibida de sus Proveedores de atención médica que solicita el pago del Plan. La Compañía de seguro médico tiene permitido usar y divulgar la información solo según sea razonablemente necesario para administrar los beneficios del Plan y cumplir con la ley aplicable. La Compañía de seguro médico protegerá la confidencialidad y privacidad de toda dicha información de la manera requerida por la ley federal y estatal aplicables. Se incluye una copia del Aviso de privacidad de FHP en el Kit de bienvenida enviado a Suscriptores al momento de la inscripción. Puede solicitar una copia del Aviso de privacidad de FHP en cualquier momento.

ESTADO DE SALUD

No se puede cancelar o no renovar la cobertura de una Inscrito en función del estado de su salud o sus necesidades de atención médica.

SECCIÓN 12: RESCISIÓN, NO RENOVACIÓN, CONTINUACIÓN

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

DEL PLAN FIN DE SU COBERTURA

Su cobertura del Plan finalizará si sucede lo siguiente:

- No cumple con las condiciones de elegibilidad para la participación en el Plan.
- Rescinde su cobertura con un aviso adecuado al Plan o a C4HCO.
- Cambia de un plan de C4HCO a otro durante el Período de inscripción abierta o a través de una Inscripción especial.
- No paga sus primas y ha vencido cualquier período de gracia aplicable.
- Experimenta una Rescisión de la cobertura.
- Asume ciertos comportamientos indebidos, según se describe en la sección "Fecha de entrada en vigencia de la finalización de cobertura".
- El Plan se rescinde o C4HCO lo "descertifica".
- Si el Asegurado no proporciona un aviso por escrito dentro de los treinta y un (31) días de la pérdida de elegibilidad, Friday Health Plans finalizará la cobertura retroactivamente y reembolsarán cualquier prima correspondiente.
- Cuando se determina que la información proporcionada a Friday Health Plans en el formulario de Solicitud es falsa, imprecisa o incompleta, en lugar de la finalización de la cobertura. FHP tendrá derecho a aumentar retroactivamente los pagos de primas pasadas a la tarifa máxima permitida que se hubiera facturado si no se hubiera proporcionado dicha información falsa, imprecisa o incompleta. Si FHP no recibe la tarifa de la prima revisada dentro
  de los treinta (30) días posteriores a la carta de notificación, la cobertura se cancelará a partir de la fecha de pago.
    - Para obtener una explicación de los requisitos de elegibilidad, consulte la Sección 5: Elegibilidad, inscripción y fecha de entrada en vigencia.

FIN DE LA COBERTURA PARA SUS DEPENDIENTES CUBIERTOS

Generalmente, la cobertura de sus Dependientes cubiertos finaliza cuando finaliza su cobertura. Además, la cobertura de sus Dependientes cubiertos también finaliza si ocurre lo siguiente:

- Ya no cumplen con la definición de Hijo o Cónyuge (por ejemplo: si su hijo no discapacitado cumple veintiséis [26] años).
- Usted (o su Dependiente cubierto) no realiza el pago de la Prima requerido para la cobertura de Dependientes.
- El Plan ya no ofrece cobertura de Dependientes.

PRUEBA DE COBERTURA DE SU PLAN

Cuando Usted o Sus Dependientes cubiertos pierden la cobertura del Plan, la Compañía de seguro médico les proporcionará un documento llamado "certificado de cobertura acreditable". El Certificado de cobertura acreditable indicará el período en el que Usted o sus Dependientes

recibieron cobertura del Plan. Si necesita solicitar un Certificado de cobertura acreditable, debe comunicarse con la Compañía de seguro médico por escrito a:

Friday Health Plans of Colorado, Inc.
700 Main Street,
Alamosa, Colorado 81101
questions@fridayhealthplans.com

Su solicitud debe incluir lo siguiente:

- Su nombre y los de los Dependientes que recibieron cobertura del Plan
- el período de su cobertura y el de sus Dependientes por parte del Plan;
- La dirección postal a donde se debe enviar el Certificado de cobertura acreditable.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

FINALIZACIÓN SOLICITADA

Si Usted (o cualquier Dependiente cubierto) decide rescindir la cobertura en virtud del Plan, la cobertura finalizará en la fecha indicada por Usted (o su dependiente cubierto) si el Plan recibe un aviso al menos catorce (14) días antes de dicha fecha. Si el Plan no recibe una notificación con catorce días de anticipación, la cobertura finalizará el primer día del mes posterior al mes en que usted (o su Dependiente cubierto) solicite una fecha de entrada en vigor más temprana para la terminación, y el Plan pueda cumplir con dicha solicitud, el Plan podrá estipular la terminación antes del final del período de catorce (14) días. Si Usted (o cualquier Dependiente cubierto) es elegible para Medicaid, CHP+ o un plan de salud básico. Si Usted (o cualquier Dependiente cubierto) es elegible para Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) o un Plan de salud básico (disponible para personas con bajos ingresos que no son elegibles para Medicaid), el último día de cobertura del Plan es el día anterior a que comience dicha cobertura nueva.

POR FALTA DE ELEGIBILIDAD

Si Usted (o cualquier Dependiente cubierto) ya no es elegible para participar en el Plan, la cobertura de dicho Plan generalmente finalizará el último día del mes siguiente al mes en el que C4HCO le informa sobre dicha pérdida de elegibilidad, a menos que soliciten una fecha de finalización anticipada como se describió anteriormente.

POR FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Si no realiza un Pago de primas que requiere el Plan y recibe adelantos de primas, el Plan permitirá un período de gracia de tres (3) meses siempre que haya pagado al menos un mes completo de primas durante el año del plan. El Plan le informará Su incumplimiento de pago. El Plan continuará pagando Sus Servicios cubiertos (y los de Sus Dependientes cubiertos) durante el primer mes del período de gracia.

Sin embargo, el Plan puede dejar sin resolver (retener sin pagar) cualquier reclamo que reciba durante el segundo (2.°) y el tercer (3.°) mes del período de gracia relacionado con Usted o Sus

Dependientes cubiertos. Si no paga Sus Primas pendientes de pago dentro del período de gracia de tres (3) meses, Su cobertura (y la de Sus Dependientes cubiertos) finalizará el último día del primer mes del período de gracia de tres (3) meses.

Si no efectúa el pago de las Primas que requiere el Plan y no recibe Adelantos de Primas, el Plan le otorgará un período de gracia de treinta y un (31) días durante el cual Su cobertura (y la de Sus Dependientes cubiertos) permanecerá vigente. El Plan continuará pagando sus Servicios cubiertos (y los de sus Dependientes cubiertos) durante el período de gracia. El Plan le informará Su incumplimiento de pago. Si no paga Sus Primas pendientes dentro del período de gracia de treinta y un (31) días, Su cobertura (y la de Sus Dependientes cubiertos) finalizará a partir del último día del último mes en el que haya efectuado el pago completo de la prima.

RESCISIONES DE LA COBERTURA

Si usted o cualquier Dependiente cubierto cometen un fraude contra el Plan o tergiversan intencionalmente un hecho sustancial en relación con el Plan o la cobertura, se producirá una Rescisión de su cobertura (y la de sus Dependientes cubiertos). En tal caso, el Plan le dará aviso por escrito acerca de la Rescisión con treinta (30) días de anticipación. Sin embargo, la finalización de la cobertura será retroactiva a la fecha del evento que causó la Rescisión. La Compañía de seguro médico reembolsará cualquier contribución que haya realizado al Plan relacionada con el período sujeto a la Rescisión. Sin embargo, la Compañía de seguro médico puede restar de las contribuciones reembolsadas cualquier monto que haya pagado el Plan por los Servicios cubiertos (para usted y sus Dependientes cubiertos) durante dicho período. El Plan también podrá cobrarle cualquier monto que haya pagado el Plan por los servicios cubiertos (para Usted y sus Dependientes cubiertos) durante dicho período, si dichos montos son mayores que el monto de sus contribuciones por ese período. El Plan rechazará cualquier reclamo impago por los Servicios cubiertos (para usted o sus Dependientes cubiertos) que se relacione con dicho período, en la medida en que lo permita la ley.

ELECCIÓN DE OTRO PLAN DE C4HCO

Si usted (o cualquier Dependiente cubierto) elige otro plan de C4HCO durante el Período de inscripción abierta o cuando surja un derecho de inscripción especial, la cobertura en virtud de este Plan finalizará el día anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura en virtud del nuevo plan.

POR COMPORTAMIENTOS INDEBIDOS

Si usted permite que otra persona use su tarjeta de identificación o de otro modo utilice indebidamente su cobertura del Plan, dicha cobertura del Plan (y la de sus Dependientes Cubiertos) podrá cancelarse mediante aviso por escrito con treinta (30) días de anticipación de la Compañía de seguro médico.

POR OTROS MOTIVOS

Si la cobertura del Plan se rescinde porque la Compañía de seguro médico ya no ofrecerá dicho plan, se descertifica o finaliza el Plan, ya no se ofrecerá cobertura para los Dependientes o por algún motivo similar, se le informará sobre la fecha de entrada en vigencia de la finalización de su cobertura (o la de sus Dependientes cubiertos).

CONSECUENCIAS PARA EL INSCRITO HOSPITALIZADO

Si la cobertura del Plan finaliza mientras un Inscrito está hospitalizado, la Compañía de seguro médico renovará o continuará el período de cobertura en virtud del Plan.

DERECHOS DE RENOVACIÓN

DERECHO DE RENOVACIÓN

En general, a opción del Inscrito, la Compañía de seguro médico renovará o continuará brindando la cobertura proporcionada en virtud del Plan.

EXCEPCIONES AL DERECHO DE RENOVACIÓN

La Compañía de seguro médico no deberá renovar la cobertura de un Inscrito si sucede lo siguiente:

- El Inscrito no ha pagado ninguna Prima requerida o no lo ha hecho oportunamente.
- El Inscrito ha realizado un acto o una práctica que constituyan fraude o una declaración falsa intencional de un hecho material con respecto a los términos de la cobertura.
- Ya no hay Inscritos que vivan, trabajen o residan en el Área de servicio.
- El Inscrito no ha proporcionado la exención necesaria por dificultades económicas para la cobertura Catastrófica para personas mayores de 30.
- El Inscrito es un Dependiente mayor de edad en el plan previamente elegido (mayor de veintiséis [26] años).

INTERRUPCIÓN DEL PLAN

Tampoco se requerirá que la Compañía de seguro médico renueve la cobertura de un Inscrito si dicha Compañía de seguro médico decide interrumpir la oferta del Plan y además realiza lo siguiente:

- Informa la decisión de no renovar la cobertura al menos noventa (90) días antes de la no renovación del Plan a cada Inscrito.
- Ofrece a cada Inscrito la opción de adquirir cobertura en virtud de cualquier otro plan de beneficios de salud que la Compañía de seguro médico brinde actualmente en el estado de Colorado e identifica los períodos de inscripción especiales aplicables para cada plan.
- Proporciona el aviso y la información requeridos al Departamento de Seguros. Cumple con cualquier otro requisito de no renovación aplicable impuesto por la ley.

ABANDONO DEL MERCADO DE PLANES INDIVIDUALES

Tampoco se requerirá que la Compañía de seguro médico renueve la cobertura de un Inscrito si dicha Compañía de seguro médico decide interrumpir la oferta y renovar todos los planes individuales en el estado de Colorado y además realiza lo siguiente:

- Proporciona aviso de la decisión de interrumpir la cobertura al menos ciento ochenta (180) días antes de la interrupción para cada Inscrito.

- Informa al Departamento de Seguros al menos tres (3) días hábiles antes de la fecha en que se envíe el aviso a cada Inscrito.

- Continúa brindando cobertura durante el primer período de renovación, sin exceder los doce (12) meses, después de proporcionar el aviso de ciento ochenta (180) días a los Inscritos.

- Cumple con cualquier otro requisito de no renovación aplicable en virtud de la ley.

SECCIÓN 13: APELACIONES Y RECLAMACIONES

PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN INTERNA

DERECHO A APELAR

El derecho a apelar se aplica a todas las Determinaciones de beneficio adversas. Una "Determinación de beneficio adversa" hace referencia a un rechazo, una reducción o una finalización de un beneficio o un incumplimiento de proporcionar o efectuar pagos (en su totalidad o parcialmente) para un beneficio. En esto se incluye el rechazo, la reducción, la rescisión o el incumplimiento de la provisión o realización de pagos basados en lo siguiente:

- La determinación de la elegibilidad de una persona para la cobertura de la Póliza.

- La aplicación de cualquier requisito previo a la autorización u otros de revisión de la utilización.

- La determinación de que el beneficio es experimental o de investigación.

- Una determinación de que el beneficio no es Médicamente necesario, apropiado, efectivo ni eficaz o que no se proporciona en el entorno de atención médica o el nivel de atención correspondientes.

- Una Rescisión de la cobertura.

La apelación será revisada por un médico, quien consultará con sus pares clínicos (a menos que el médico sea un médico clínico). El médico y cualquier otro colega clínico serán personas que no hayan participado en la Determinación de beneficio adversa. Sin embargo, una persona que estuvo involucrada en esa decisión puede responder preguntas. Las personas que revisan la apelación consideran todos los comentarios, documentos, registros y otra información que haya presentado el Inscrito, incluso si la información no se consideró cuando se realizó la Determinación de beneficio adversa. La decisión en respuesta a una apelación contendrá la siguiente información:

- Los nombres, los cargos y las calificaciones de las personas que revisan la apelación,
- Una declaración de la comprensión de dichas personas de la solicitud de revisión.
- La decisión.
- una referencia a la evidencia o documentación utilizadas para tomar la decisión.

CÓMO APELAR

Usted (o su representante autorizado) puede apelar una Determinación de beneficio adversa al seguir los procedimientos del Plan. Para comenzar el proceso de apelaciones o para solicitar ayuda con dicho proceso, puede llamar a Servicios a los Miembros del Plan al 800-475-8466. El Plan debe obtener su apelación por escrito dentro de los ciento ochenta (180) días después de que reciba el aviso de rechazo. Si la fecha límite para apelar fuera en un fin de semana o un día feriado, se extenderá al siguiente día hábil. Para Reclamos de atención de urgencia, su apelación puede hacerse de forma oral.

Cuando presente una apelación, puede enviar comentarios, registros y documentos adicionales relacionados con su reclamo. También puede identificar a los proveedores de atención médica que recibirán una copia de la decisión del Plan. También puede revisar (sin cargo) copias de los documentos e información relevantes para su reclamo. En esto se incluye información o registros que se basaron en la realización de la Determinación de beneficio adversa, información que se consideró o presentó a la persona que toma las decisiones originales, información relacionada con los procedimientos administrativos y las protecciones que se aplicaron al tomar la decisión original y políticas o pautas relacionadas con el servicio o tratamiento para su diagnóstico. Sin embargo, debe solicitar dicha revisión.

Si su apelación se relaciona con un beneficio que no se considera como Servicio cubierto (lo que significa que el beneficio se excluye de la cobertura), debe proporcionar información adicional. Específicamente, debe proporcionar pruebas de un profesional médico de que existe una razón médica razonable por la que la exclusión no corresponde.

PLAZOS Y NOTIFICACIONES DE APELACIONES

Si el Plan recibe su apelación antes de la fecha límite correspondiente, el Plan revisará de manera independiente su apelación y cualquier información adicional que usted envíe. El Plan le informará la decisión respecto de su apelación dentro de los siguientes plazos:

- Para reclamos de Atención de urgencia. El Plan le informará lo antes posible, pero no más de setenta y dos (72) horas después de haber recibido su apelación. Si el Plan proporciona este aviso de forma oral, le brindará una confirmación por escrito de su decisión en el transcurso de tres (3) días.
- Para reclamos previos al servicio. El Plan le informará dentro de un plazo razonable, pero no más de treinta (30) días después de que reciba su apelación.
- Para reclamos posteriores al servicio. El Plan le informará dentro de un plazo razonable,

pero no más de treinta (30) días después de que reciba su apelación.

SI SE RECHAZA UNA APELACIÓN

Si se rechaza su apelación, el Plan le enviará un aviso que contenga la siguiente información:

- Motivos específicos del rechazo.
- Referencias específicas a las disposiciones pertinentes del Plan.
- Una declaración de que puede tener acceso o recibir, a pedido y sin cargo, copias de todos los documentos, registros e información relevantes para su reclamo.
- Una declaración de cualquier derecho de apelación adicional que ofrezca el Plan y una descripción de esos derechos.

Si corresponde, en el aviso también se incluirá cualquier información relacionada con una regla, pauta o protocolo internos utilizados para tomar la decisión de apelación o una explicación del criterio científico o clínico utilizados para determinar el rechazo. Si el aviso no brinda esta información, contendrá una declaración que explicará que esta información previa está disponible para usted a pedido por escrito sin cargo.

DERECHO A ASISTIR A LA REUNIÓN DE LA APELACIÓN

Puede asistir a la reunión que se lleve a cabo para revisar su caso. Un profesional de atención médica que tenga experiencia adecuada realizará esta revisión. Puede optar que participen asesores legales, defensores y profesionales de atención médica en la revisión. Puede prepararse con anticipación para la revisión y proporcionar materiales al revisor antes y en el momento de la revisión. Puede solicitar que el Plan le proporcione una copia de los materiales que presentará en la revisión. Si realiza esta solicitud, el Plan le proporcionará una copia de los materiales al menos cinco (5) días antes de la revisión. Si el plan se lo solicita, debe brindar una copia de los materiales que presentará en la revisión. Deberá proporcionar una copia de los materiales al menos cinco (5) días antes de la revisión. Si surge información nueva después de la fecha límite de cinco (5) días, podrá presentar el nuevo material cuando usted (o el Plan) pueda dar a conocer la nueva información.

La Compañía de seguro médico le informará si planea grabar o filmar la revisión. Si se realiza una grabación, la Compañía de seguro médico le proporcionará una copia. Si se realiza una revisión externa, la grabación se incluirá en el material proporcionado a la entidad de revisión, si usted o la Compañía de seguro médico solicitan que se incluya.

FINALIZACIÓN DE DERECHOS DE APELACIÓN INTERNA

Usted debe agotar sus derechos establecidos anteriormente en esta sección Procedimientos de apelación interna antes de presentar una apelación externa. Usted puede recibir tratamiento como si hubiera agotado sus derechos de apelación interna si la Compañía de seguro médico no cumple con sus obligaciones en virtud de esta sección Procedimientos de apelación interna.

PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN

EXTERNA RECHAZOS QUE CALIFICAN PARA LA REVISIÓN

EXTERNA

Si se rechaza su apelación interna, tiene derecho a realizar una revisión externa de su reclamo por un tercero independiente. Este derecho se aplica si su Determinación de beneficio adversa se relaciona con una de las siguientes opciones:

- La aplicación de cualquier requisito previo a la autorización u otros de revisión de la utilización.

- La determinación de que el beneficio es experimental o de investigación.

- Una determinación de que el beneficio no es Médicamente necesario, apropiado, efectivo ni eficaz o que no se proporciona en el entorno de atención médica o el nivel de atención correspondientes.

- Un Servicio no cubierto por el cual Usted presenta evidencia de un profesional médico de que existe una razón médica razonable por la que la exclusión de la cobertura no corresponde.

- Una Rescisión de la cobertura.

Con respecto a los reclamos experimentales o de investigación, un Inscrito puede solicitar una revisión externa o una revisión externa acelerada. En cada caso, el médico tratante del Inscrito debe certificar por escrito que el servicio o tratamiento de atención médica recomendados o solicitados que son el motivo del rechazo serían significativamente menos efectivos si no se iniciaran de inmediato. El médico tratante del Inscrito también debe certificar por escrito que se aplica al menos una de las siguientes situaciones:

- Los servicios o tratamientos de atención médica estándares no han sido efectivos para mejorar la afección del Inscrito o no son médicamente apropiados para el Inscrito.

- No existe un servicio o tratamiento de atención médica estándares disponibles que estén cubiertos por el Plan que sean más beneficiosos que el servicio de atención médica recomendado o solicitado y el médico está autorizado, está certificado por la Junta o es elegible para la Junta para ejercer en el área médica apropiada para tratar la afección del Inscrito.

Finalmente, en tales casos, el médico debe certificar que los estudios científicamente válidos que utilizan protocolos aceptados demuestran que el servicio o tratamiento de atención médica solicitados por el Inscrito probablemente son más beneficiosos que cualquier servicio o tratamiento de atención médica estándares disponibles.

No hay un monto mínimo en dólares que se aplique a un reclamo que sea elegible para una revisión externa.

CÓMO PRESENTAR UNA REVISIÓN EXTERNA

Su solicitud de revisión externa debe hacerse por escrito al Plan. Esto debe hacerse dentro de los cuatro (4) meses después de que reciba un aviso de una Determinación de beneficio adversa después de la finalización o el agotamiento de su apelación interna de primer nivel. Si la fecha límite para presentar una apelación externa fuera en un fin de semana o un día feriado, se extenderá al siguiente día hábil.

Si busca una revisión acelerada, debe indicarlo en su solicitud. También debe incluir la certificación del médico de que su afección médica cumple con los criterios para una revisión externa acelerada. Se dispone de una revisión acelerada si tiene una afección médica en la que el plazo para completar la revisión externa estándar pondría seriamente en peligro su vida o salud, perjudicaría su habilidad para recuperar su capacidad física máxima o, si tiene una discapacidad, crearía una limitación inminente y sustancial en su capacidad para vivir de manera independiente. También se dispone de una revisión acelerada si su rechazo anterior se relaciona con la admisión a un hospital o centro, la disponibilidad de atención, una estadía continua o los servicios de atención médica para los cuales se han brindado servicios de emergencia y no se ha dado el alta. Si solicita una revisión acelerada, puede obtener la revisión externa al mismo tiempo que su revisión interna de un Reclamo de atención de urgencia (según se describe en la sección Procedimientos de apelación interna mencionada anteriormente).

La Compañía de seguro médico pagará los costos de una revisión externa.

DESIGNACIÓN DE ENTIDAD DE REVISIÓN EXTERNA

Cuando el Plan reciba su solicitud de revisión externa, se comunicará con la División de Seguros. La División de Seguros informará al Plan el nombre de la entidad de revisión externa e independiente que ha designado para llevar a cabo la revisión. El Plan le informará por escrito que su solicitud de revisión externa se ha enviado a la División de Seguros. El Plan incluirá información sobre la entidad de revisión externa que se ha designado para realizar la revisión. Esto generalmente ocurrirá dentro de los cinco (5) días hábiles de su solicitud de revisión externa, o tres (3) días hábiles en el caso de una revisión acelerada.

Dentro de los cinco (5) días hábiles de recibir el nombre de la entidad de revisión externa asignada (o de inmediato, en el caso de una revisión acelerada), el Plan le proporcionará a la entidad de revisión externa lo siguiente:

- Una copia de cualquier información que usted o su Proveedor de atención médica hayan enviado a dicho Plan en respaldo de la solicitud de revisión externa.

- Una copia de la información y los documentos relevantes utilizados por el Plan durante el proceso de apelación interna para determinar la necesidad, adecuación, efectividad o eficiencia médicas del servicio o tratamiento, incluida la evidencia médica y científica y los criterios de revisión clínica.

- Una copia de cualquier carta de rechazo previa que haya emitido el Plan respecto del caso.

- Una copia de su formulario de consentimiento firmado que permita que el Plan divulgue su información médica a la entidad de revisión externa.

- Un índice de todos los documentos presentados.

El Plan, a pedido, le proporcionará toda la información relevante suministrada a la entidad de revisión externa, excepto por información confidencial o privilegiada conforme a la ley estatal o federal.

Puede enviar información adicional directamente a la entidad de revisión externa dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a que reciba el aviso del Plan dentro de (1) día hábil.

Además de la información y los documentos descritos anteriormente, la entidad de revisión externa considerará toda la información relevante adicional que esté disponible.

PROPORCIÓN DE INFORMACIÓN ADICIONAL

La entidad de revisión externa le notificará a usted, a su Proveedor de atención médica y al Plan sobre cualquier información médica adicional necesaria para la revisión. Si Usted y su Proveedor de atención médica reciben dicha solicitud, deben presentar la información adicional o una explicación de por qué no se presenta dicha información, ante la entidad de revisión externa y el Plan. La información adicional debe presentarse dentro de los cinco (5) días hábiles de la solicitud.

El Plan puede determinar que la información adicional que usted o su Proveedor de atención médica le proporcionen justifica una reconsideración de su rechazo de cobertura. Si eso sucede y el Plan decide proporcionar la cobertura (aprobar su reclamo), dicho Plan le informará en el plazo de un (1) día hábil a partir de su decisión. El Plan también les informará a la entidad externa y al Departamento de Seguros sobre su decisión. En ese momento, finalizará el proceso de revisión externa.

PLAZOS Y NOTIFICACIONES DE APELACIONES

Cuando la entidad de revisión externa tome su decisión, le enviará un aviso a usted, También enviará un aviso al Plan, al Departamento de Seguros y al Proveedor de atención médica que respaldó su solicitud de revisión. Esta decisión se enviará dentro de los cuarenta y cinco (45) días después de que la entidad de revisión externa reciba del Plan su solicitud de revisión externa.

En el caso de una revisión acelerada, la entidad de revisión externa emitirá su decisión en el plazo de setenta y dos (72) horas después de que esta entidad reciba del Plan su solicitud de revisión externa. Si no se proporciona este aviso por escrito, la entidad de revisión externa proporcionará una confirmación por escrito de la decisión dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la fecha en que se le brinde la notificación de decisión a usted o a su proveedor de atención médica.

La determinación de la entidad de revisión externa deberá ser por escrito y establecer los motivos

por los cuales el tratamiento o servicio solicitados debe estar cubiertos por el Plan o no. La decisión de la entidad de revisión externa se referirá a las disposiciones pertinentes en la documentación del Plan, la afección médica específica en cuestión y otros documentos relevantes que respalden la decisión de esta entidad. La decisión debe basarse en una revisión objetiva de la evidencia médica y científica relevante.

La decisión de la entidad de revisión externa será vinculante para usted y el Plan. Sin embargo, se pueden brindar otros recursos disponibles en virtud de la ley federal o estatal si cualquiera de las partes no está satisfecha con la decisión.

Si la Decisión lo favorece, el Plan aprobará la cobertura solicitada. Para Reclamos previos al servicio y para el tratamiento en curso, dicha aprobación se realizará en el plazo de un (1) día hábil. Para Reclamos posteriores al servicio, dicha aprobación se realizará en el transcurso de cinco (5) días hábiles. En tales casos, el Plan le informará por escrito su aprobación de cobertura dentro de un (1) día hábil de dicha aprobación. En el caso de reclamos sujetos a una revisión acelerada, la aprobación del Plan se realizará de inmediato y dicho Plan le informará la aprobación de cobertura automáticamente.

Si la decisión está a su favor, el Plan proporcionará cobertura para el tratamiento y los servicios en cuestión, con sujeción a los otros términos y condiciones del Plan.

OTROS PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS

OTRAS DISPUTAS

El Plan también tiene un proceso de quejas (reclamaciones) para ayudar a resolver problemas e inquietudes que no estén sujetos a los diversos procedimientos descritos anteriormente. Una Reclamación es una expresión oral o escrita de insatisfacción con el Plan hecha por Usted o su Proveedor. No es necesario haber recibido la Determinación de Beneficios adversa para presentar una Reclamación o queja. Las reclamaciones deben presentarse al equipo de Care Crew de Friday Health Plan por escrito o simplemente mediante una reclamación verbal. Si el Representante de Care Crew no puede resolver la Reclamación, entonces se derivará como una Queja. Entre algunos ejemplos de los tipos de problemas que puede abordar a través de este proceso, se incluyen reclamaciones sobre lo siguiente:

- tiempos de espera para ver a su Proveedor de atención primaria u otro Proveedor participante;
- el comportamiento de Su Proveedor de atención primaria u otro Proveedor participante;
- la disponibilidad de centros o Proveedores participantes adecuados para usted;
- cualquier artículo o servicio que reciba a través del Plan, pero que no tenga que pagar. Esto también puede incluir prácticas administrativas como el pago de reclamos, manejo o reembolso por Servicios de atención médica.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Para comenzar el proceso de queja, puede llamar al Departamento de Servicios a los Miembros del Plan al 800-475-8466.

También puede comunicarse con el *Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado* para obtener ayuda. El Plan le proporcionará la dirección y la información de contacto. Debe tener en cuenta que el *Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado* gestiona únicamente asuntos relacionados con los proveedores de atención médica de Colorado. Para los proveedores de atención médica que estén fuera de Colorado, debe comunicarse con el *Departamento de Salud* del estado en el que se encuentren dichos proveedores. Puede comunicarse con el Plan para obtener ayuda para localizar a la persona adecuada dentro del estado en el que se encuentre el proveedor de atención médica.

PERÍODO DE PRESENTACIÓN

Debe presentar su queja ante el Plan dentro de un año del evento en el que se basa su queja. El Plan no considerará ninguna queja presentada después de dicha fecha.

NOTIFICACIÓN DE QUEJAS Y PLAZOS

Si el Plan recibe su queja antes de la fecha límite correspondiente, la revisará de manera independiente, así como toda otra información adicional que Usted envíe. El Plan le notificará su decisión con respecto a su Queja formal a más tardar treinta (30) días después de la recepción de su apelación.

SECCIÓN 14: INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS EN LAS TARIFAS Y LA PÓLIZA

CAMBIOS EN LA PÓLIZA

Los servicios cubiertos disponibles para Usted y sus Dependientes cubiertos pueden cambiar cada año del plan. Cada vez que reciba una nueva Evidencia de Cobertura, dichos cambios se incluirán en ese documento.

AVISO

El Plan proporcionará un aviso con sesenta (60) días de anticipación sobre todos los cambios sustanciales a la Póliza.

CAMBIOS EN LAS TARIFAS

Durante el Año del plan, la Compañía de seguro médico puede cambiar el monto de las Primas que usted adeude si se modifica la cantidad de sus Dependientes cubiertos, en su área de calificación geográfica o en su consumo de tabaco o el de sus Dependientes cubiertos. La Compañía de seguro médico también podrá cambiar el monto de las Primas que adeude durante el Año del plan si dicha Compañía de seguro médico realiza cambios en el Plan a su pedido o si hay cambios en la ley que afecten al Plan. Se le informará con anticipación sobre cualquier cambio en las Primas realizado durante el Año del plan. Al comienzo de cada nuevo Año del plan, la Compañía de seguro médico puede cambiar el monto de las Primas que usted debe pagar. Se lo notificará antes de que se produzcan dichos cambios.

AVISO

El Plan proporcionará un aviso con sesenta (60) días de anticipación sobre todos los cambios sustanciales a la Póliza.

SECCIÓN 15: DEFINICIONES

Cuando se usen los siguientes términos con mayúscula inicial en esta Evidencia de Cobertura, tendrán los significados explicados en esta sección DEFINICIONES:

"Medicamento de atención preventiva de la ACA" hacer referencia a un medicamento que, según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA), puede tener un costo compartido limitado de $0; no se aplicarán Deducibles, Copagos ni Coseguros.

El "Monto permitido" es el monto establecido en virtud de la ley estatal de Colorado para el reembolso de los servicios de atención médica a personas cubiertas en un centro dentro de la red brindados por un Proveedor fuera de la red o por servicios de emergencia brindados por Proveedores o centros fuera de la red.

"Aplicación" hace referencia al formulario utilizado por C4HCO para recopilar su información y verificarla o la Aplicación individual uniforme del estado de Colorado (State of Colorado Uniform Individual Application).

"Beneficios" significa lo mismo que "Servicios cubiertos".

"Hijo" hace referencia a su hijo biológico, adoptado, de acogida o un hijo que se lo ha colocado en adopción para Usted o su Cónyuge, si dicho hijo cumple con lo siguiente:

- Aún no tiene veintiséis años (26).
- Tiene certificación médica como persona discapacitada y es su Dependiente o el de su Cónyuge (sin importar su edad).

"Contrato" hace referencia a este documento de Evidencia de Cobertura y los siguientes:

- Resumen de Beneficios y Cobertura
- Formulario de solicitud de inscripción
- Tarjeta de identificación de Miembro

"Coseguro" hace referencia a sus costos compartidos de un Servicio cubierto. Dichos costos se calculan como un porcentaje de la tarifa cobrada por un Proveedor participante para el Servicio cubierto. Se le exige que realice pagos de Coseguro directamente al proveedor de atención médica en el momento en que reciba dichos servicios.

"Copago" hace referencia al monto en dólares fijo que usted paga por los Servicios cubiertos. Se le exige que pague los montos de Copago directamente al proveedor de atención médica en el momento en que reciba dichos servicios.

"Hijo cubierto" hace referencia a cualquier Hijo, menor de 25 años, que esté inscrito en el Plan.

"Dependiente cubierto" hace referencia a aquellos servicios y suministros de atención médica que el Plan debe pagar si se han cumplido los otros términos y condiciones del Plan.

"Deducible" hace referencia al monto que estará obligado a pagar por ciertos Servicios cubiertos antes de que el Plan comience a pagar por esos Servicios cubiertos. Se le exigirá que pague el Deducible directamente al proveedor de atención médica en el momento en que recibe dichos servicios. En su Cronograma de beneficios, se indicará el monto de Su Deducible y los servicios sujetos a ese deducible.

"Dependiente" hace referencia a su hijo o Cónyuge.

"Inscrito" hace referencia a cualquier persona que esté inscrita y cubierta por el Plan.

"Evidencia de Cobertura" (EOC) hace referencia a este documento. El objetivo de este documento es describir los beneficios de atención médica disponibles para usted y sus Dependientes cubiertos en virtud del Plan. También tiene como fin describir los términos y condiciones de recibir esos beneficios.

"Experimental o de investigación" hace referencia a un servicio, tratamiento, procedimiento,

dispositivo, medicamento o producto de salud utilizados para tratar la afección de un inscrito que, en el momento en que se usa, cumple uno o más de los siguientes criterios:

- No ha sido aprobado por un organismo gubernamental, por ejemplo, entre otros, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

- ¿Es el objeto de un ensayo clínico en curso de fase I, II o III aprobado por la FDA?

- Está sujeto a la aprobación o revisión de una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) u otro organismo que cumpla una función similar de aprobar o revisar la investigación sobre seguridad, toxicidad o eficacia.

- Carece de reconocimiento y aprobación de paneles médicos, asociaciones nacionales u otros organismos de evaluación aceptados a nivel nacional.

- Ha sido desaprobado por el Comité Regional de Interpretación de Nuevas Tecnologías y Beneficios (Regional New Technology and Benefit Interpretation Committee), el Comité Interregional de Nuevas Tecnologías (Interregional New Technology Committee) o la Unidad de Evaluación de Tecnologías Médicas (Medical Technology Assessment Unit) en función del análisis de la bibliografía y los estudios clínicos para fines de seguridad y adecuación.
- Carece de evidencia concluyente que demuestre que el servicio mejora el resultado de salud nuevo para la población total apropiada para la que se puede prestar o proponer el servicio sobre las intervenciones terapéuticas o de diagnóstico actuales, incluso en el caso de que el servicio pueda reconocerse como tratamiento o servicio para otra prueba de detección, afección o enfermedad.

- Requiere el consentimiento informado por escrito que describa el servicio como experimental, de investigación, educativo, para un estudio de investigación o en otros términos que indiquen que se está evaluando dicho servicio por su seguridad, toxicidad o eficacia.

- Es de la opinión de expertos, como se indica en la bibliografía actual, que el uso del servicio es experimental o que requiere más investigación para descubrir si el servicio es efectivo.

El Plan es el único juez si un servicio de salud es “experimental o de investigación”.

“FHP” hace referencia a Friday Health Plans de Colorado, Inc., que es la organización para el mantenimiento de la salud mediante la cual usted está asegurado.

“Vademécum” es una lista integral de Medicamentos de marca y genéricos, aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos, cubiertos en virtud de este Plan de beneficios. Un Medicamento cubierto es un fármaco que se encuentra en el vademécum de medicamentos de FHP.

"HHS" hace referencia al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

El "Director médico" es la persona que el Plan eligió como responsable detomar decisiones. Esta persona está a cargo de las autorizaciones previas. Esta persona también decide si los Servicios cubiertos son Médicamente necesarios. El Director médico también es el Director médico del Plan.

"Emergencia médica" hace referencia a una afección médica repentina y grave (incluido el dolor grave) que puede esperarse razonablemente que dé como resultado una o más de las siguientes situaciones si el inscrito no solicita atención médica inmediata:

- Riesgo grave de la salud del Inscrito (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la inscrita o su bebé en gestación).
- Deterioro grave de las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del

cuerpo. En "Médicamente necesario" se incluye la

atención que se indica a continuación:

- La atención es el cuidado más apropiado, útil y rentable, de acuerdo con los estándares aceptados de buenas prácticas médicas, según lo determine el Plan o el Director médico.
- La atención que se puede proporcionar de manera segura a un Inscrito para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o afecciones del Inscrito.
- La atención sigue las prácticas médicas generalmente aceptadas.
- La atención no es solo para su conveniencia, la de su familia o Proveedor.
- La atención es el nivel de cuidado correcto que se le puede proporcionar.
    - El hecho de que un Proveedor del plan o que no sea del Plan le recete, recomiende o derive a un servicio no indica que el servicio sea médicamente necesario o esté cubierto en virtud de esta EOC.

"Miembro" hace referencia a cualquier persona que esté inscrita y cubierta por el Plan.

El "Portal para Miembros" es un portal en línea que le permitirá revisar reclamos, imprimir su tarjeta de identificación, consultar el estado de las autorizaciones previas y realizar otras funciones que lo ayudarán como Miembro. Para ingresar al Portal para Miembros, diríjase al sitio web www.fridayhealthplans.com en el enlace Member Resources (Recursos para Miembros) (que se encuentra en la cinta en la parte inferior de la página de inicio) y luego haga clic en Member Login (Inicio de sesión del Miembro). Se le solicitará que configure su cuenta y

necesitará su número de identificación de Miembro.

"Cobertura esencial mínima" hace referencia a la cobertura de la Parte A de Medicare, Medicaid, CHIP, Tricare, el programa Tricare for Life, el programa de atención médica para veteranos, el programa de Peace Corps, un plan gubernamental ofrecido en el mercado individual, de grupos pequeños o grandes, cobertura en virtud de un plan patrocinado por el empleador, un plan de salud de derechos adquiridos y cualquier otra cobertura de beneficios de salud, como un grupo de riesgo de beneficios de salud estatal, reconocido por HHS.

"Centro de la red" hace referencia a un consultorio médico de la red u hospital de la red.

"Hospital de la red" hace referencia a cualquier hospital que se menciona como hospital de la red en nuestro directorio de proveedores. Los hospitales de la red están sujetos a cambios en cualquier momento sin previo aviso.

"Consultorio médico de la red" hace referencia a cualquier consultorio que se mencione en nuestro Directorio de proveedores, incluidos los centros ambulatorios designados por Friday Health Plan. Los consultorios médicos de la red están sujetos a cambios en cualquier momento sin previo aviso.

"Proveedor de la red" hace referencia a un Hospital, Médico u otro Proveedor de atención médica de la Red que consideremos como Proveedor de la red. Los Proveedores de la red están sujetos a cambios en cualquier momento sin previo aviso. También se denominan Proveedores dentro de la red.

El "Directorio de proveedores de la red" es una herramienta en la que puede encontrar la Red de Médicos, Proveedores y Proveedores auxiliares.

"Período de inscripción abierta" hace referencia al período de cada Año del plan en el que se le dará la oportunidad de inscribirse en la cobertura del Plan o realizar cambios en su elección de inscripción anterior.

"Proveedor participante" hace referencia a cualquier médico, hospital, farmacia, clínica o proveedor de atención médica que hayan acordado brindar atención médica a los Inscritos a tarifas contractuales. FHP tiene tarifas contractuales con estos Proveedores mediante un sistema de tarifa por servicio. Proveedor participante significa lo mismo que Proveedor de la red.

"Plan" hace referencia al programa de beneficios de salud descrito en esta EOC.

"Año del plan" hace referencia a cada año calendario en que el Plan está vigente.

"Prima" hace referencia a cada pago que usted realiza a la cobertura del Plan de FHP.

"Adelanto de primas" hace referencia a cualquier pago mensual que realice el gobierno federal a la Compañía de seguro médico en su nombre. El pago lo ayudará a pagar sus primas.

"Proveedor de atención primaria" hace referencia a un médico o profesional de nivel medio que usted consulta para satisfacer sus necesidades de atención médica primaria. Por ejemplo, un asistente médico (physician's assistant, PA), un enfermero de práctica avanzada (advanced practice nurse, APN) u otros enfermeros profesionales.

"Autorización previa" hace referencia a la aprobación que debe recibir del Director médico del Plan antes de obtener la mayoría de los servicios de atención médica. El término significa lo mismo que "Derivación por escrito".

"Autorización previa por escrito" es la prueba de la Autorización previa otorgada por FHP.

"Proveedor" hace referencia a cualquier Hospital, Médico u otro Proveedor de atención médica. Para ser elegible para recibir Servicios cubiertos del Proveedor y que se le pague por dichos Servicios cubiertos, el Proveedor debe ser un Proveedor de la red.

"Rescisión" hace referencia a una cancelación de cobertura del Plan que tiene un efecto retroactivo.

"Período de reembolso" hace referencia al menor período de los siguientes:

- El período total en el que una persona está inscrita en el Plan, pero no es elegible para recibir cobertura.

- El período de sesenta (60) días antes de la determinación del Plan de la inelegibilidad de la persona.

"Área de servicio" hace referencia a todos los condados de Colorado en los que la Compañía de seguro médico ofrece su Plan y tiene acuerdos con los Proveedores participantes.

"Especialista" hace referencia a un médico que enfoca su práctica en determinadas categorías de enfermedades, tipos de pacientes o métodos de tratamiento.

"Centros de atención especializada" hace referencia a un proveedor participante que tiene experiencia en proporcionar ciertos tratamientos o atención especializados, como tratamientos para el cáncer o trasplantes.

"Farmacia especializada" es un Proveedor de medicamentos que ha contratado a FHP para proporcionar medicamentos de nivel IV a sus Miembros. Obtener estos medicamentos a través de una farmacia especializada, por lo general, implica un costo reducido para el Miembro. Comuníquese con FHP llamando al 800-475-8466.

"Medicamentos especializados" hace referencia a medicamentos cubiertos de alto costo que se toman por vía oral, en infusiones o que son inyectables o inhalados y que son autoadministrados o proporcionados por un Proveedor. Estos medicamentos se utilizan en un entorno ambulatorio o en el hogar. La insulina no se considera medicamento especializado. Comuníquese con FHP

llamando al 800-475-8466.

"Cónyuge" hace referencia a su esposo, esposa o pareja en unión civil. Un Cónyuge debe vivir o trabajar en el Área de servicio. (Si su cónyuge se encuentra en una asignación de trabajo temporal fuera del área de servicio, dicha asignación no debe ser por más de noventa [90] días).

"Acuerdo de subrogación de vientre" hace referencia a un acuerdo en el que una mujer acepta quedar embarazada y entregar al bebé a otras personas que pretenden criarlo.

"Telesalud" hace referencia a un modo de provisión de atención médica a través de las telecomunicaciones. En esto se incluyen tecnologías de la información, electrónicas y de comunicación. Se utiliza para la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la administración de atención o autogestión de la atención médica de un Miembro. Se usa cuando el Miembro se encuentra en un lugar y el Proveedor está ubicado en otro sitio distante.

"Kit de bienvenida" hace referencia a un paquete que se envía al suscriptor que incluye el Aviso de privacidad y las tarjetas de identificación de Miembro.

"Usted o Su" hace referencia al inscrito, Miembro o dependiente cubierto.