MERCADO DE BENEFICIOS DE SALUD DE CAROLINA DEL NORTE
PÓLIZA MÉDICA Y HOSPITALARIA DE UNA HMO
DEL MERCADO INDIVIDUAL
EVIDENCIA DE COBERTURA

Información importante sobre cancelaciones: lea la disposición titulada RESCISIÓN, NO RENOVACIÓN, CONTINUACIÓN, que se encuentra en la página 80

SECCIÓN 1: PORTADA (PRIMERA PÁGINA)

FRIDAY HEALTH PLANS OF NORTH CAROLINA, INC.

MERCADO DE BENEFICIOS DE SALUD DE CAROLINA DEL NORTE
PÓLIZA MÉDICA Y HOSPITALARIA DE UNA HMO
DEL MERCADO INDIVIDUAL
EVIDENCIA DE COBERTURA

ESTA PÓLIZA ES UN CONTRATO LEGAL ENTRE USTED Y FRIDAY HEALTH PLANS OF NORTH CAROLINA, INC. LEA SU PÓLIZA DETENIDAMENTE.

Aviso del derecho del asegurado a examinar la Póliza durante diez días: Si no está satisfecho, tiene derecho a devolver esta Póliza en un plazo de diez (10) días a partir de la fecha de entrega, para obtener el reembolso íntegro de las Primas pagadas.

SECCIÓN 2: COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

FRIDAY HEALTH PLANS OF NORTH CAROLINA, INC.

Friday Health Plans of North Carolina, Inc. (el Plan) está certificado en virtud de las leyes de Carolina del Norte como una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO). En calidad de HMO, la cobertura de los servicios requiere que Usted acuda a un Proveedor participante dentro de la Red del plan. Hay algunas situaciones específicas en las que puede recibir atención de Proveedores que no están en nuestra red. Consulte la Sección 5 de este documento para obtener más información. Además, el Plan es un Plan de salud calificado que puede vender nuestros planes en el Mercado Federal de Seguros Médicos (healthcare.gov).

Esta Póliza, junto con el Programa de beneficios y la Solicitud de inscripción, constituyen el Contrato legal completo entre Usted, el Miembro, y Friday Health Plans of North Carolina, Inc. En consideración de su solicitud y su pago oportuno de las Primas, le proporcionaremos Beneficios a Usted, el Miembro, por los Servicios cubiertos según se describe en esta Póliza. Los Beneficios están sujetos a las definiciones, disposiciones, limitaciones y exclusiones de la Póliza. Lea detenidamente esta Póliza.

Este Plan tiene renovación garantizada, pero existen casos en los que la Póliza se puede cancelar, finalizar o no renovar. Lea esta Información importante sobre cancelación en la Sección 12: Rescisión, no renovación, continuación de este documento.

MERCADO FEDERAL DE SEGUROS MÉDICOS: HEALTHCARE.GOV

healthcare.gov 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 healthcare.gov, Usted ha elegido un plan asegurado por Friday Health Insurance Company, Inc. (la "Compañía de seguro médico").

PROPÓSITO DE ESTE DOCUMENTO

En esta Póliza, 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 Póliza. Por lo general, si se utiliza un término con mayúscula inicial en esta Póliza, tendrá el significado establecido en la Sección 16: DEFINICIONES Sin embargo, algunos términos en mayúsculas pueden definirse en las secciones de esta Póliza en las que se utilizan.

Si tiene alguna pregunta sobre el Plan o la información de esta Póliza, puede comunicarse con la Compañía de seguro médico por escrito a:

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

O comuníquese con nosotros por teléfono llamando al:
1-844-465-5500 (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 los Beneficios, requerirán la aceptación firmada por el titular de la Póliza.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Friday Health Plans of North Carolina:

- 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 844-465-5500.

Si cree que Friday Health Plans of North Carolina 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 oficial de cumplimiento: Chief Compliance Officer, 700 Main Street, Alamosa, CO 81101; 844-465-5500 (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 de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (Department of Health and Human Services, HHS) de forma electrónica a través del portal de reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), que se encuentra disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf, por correo postal o por teléfono a: 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

Español: Si Usted, o alguien a quien Usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Friday Health Plans, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al ***-***-****.

Vietnamita:Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Friday Health Plans, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi ***-***-****.

Chino: 如果您，或您正在幫助的人，有關於 Friday Health Plans方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息 想要跟一位翻譯員通話，請致電 ***-***-****.

Coreano: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Friday Health Plans 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 ***-***-**** 로 전화하십시오.

Ruso:Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Friday Health Plans, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону ***-***-****.

Amhárico: እርስዎ፣ ወይም እርስዎ የሚያግዙት ግለሰብ፣ ስለ Friday Health Plans ጥያቄ ካላችሁ፣ ያለ ምንም ክፍያበቋንቋዎ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አላችሁ። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ ***-***-**** ይደውሉ።

Árabe: إذا لحق ديك ***-***-**** Friday Health Plans وص سئلة بخصد ده أ ص تساع دى شخ ديك أو ل ن ل إن كا
ا يفا ىلع لحصول وا لمساعدة ا لمعلومات بلغة لضرورية م ك ا دون ن للتحـ .ةفلكة ية متـ عم دث رجم بـ اتصل

Alemán: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Friday Health Plans haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer ***-***-**** an.

Francés: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Friday Health Plans, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez ***-***-****.

Nepalí: यि द तप ई आफ्न ल ि ग आफ आवेदनक क म गद, व कस ल ई मद्दत गद हन हन्छ Friday Health Plans ब र े प्रह छन ् भन े आफ्न म तभ ष म ि न:श लक् प उन े ि धक र छ । सह ि त व ज नक र द भ षे (इन्टरप्रेटर) सग क र गनर परे ***-***-**** म फ न गनर ह स ् ।

Tagalo: Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Friday Health Plans, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa ***-***-****.

Japonés: ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Friday Health Plans についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり　、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、***-***-****　　までお電話ください。

Cushita: Isin yookan namni biraa isin deeggartan Friday Health Plans irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa ***-***-**** tiin bilbilaa.

Persa:، Friday Health Plans گر ،شما یا کسی که شما به او کمک میکنید ، مورد در سوال ****-***-*** داشته
باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید تماس حاصل نمایید.

Kru: I bale we, tole mut u ye hola, a gwee mbarga inyu Friday Health Plans, U gwee Kunde I kosna mahola ni biniiguene i hop wong nni nsaa wogui wo. I Nyu ipot ni mut a nla koblene we hop, sebel ***-***-****.

Igbo: Ọ bụrụ gị, ma o bụ onye I na eyere-aka, nwere ajụjụ gbasara Friday Health Plans, I nwere ohere iwenta nye maka na ọmụma na asụsụ gị na akwu gị ụgwọ. I chọrọ I kwụrụ onye-ntapịa okwu, kpọ ***-***-****.

Yoruba: Bí ìwọ, tàbí ẹnikẹni tí o n ranlọwọ, bá ní ibeere nipa Friday Health Plans, o ní ẹtọ lati rí iranwọ àti ìfitónilétí gbà ní èdè rẹ láìsanwó. Láti bá ongbufọ kan sọrọ, pè sórí 1-800- 475-8466.

SECCIÓN 3: ÍNDICE

SECCIÓN 1: PORTADA (PRIMERA PÁGINA) 2
SECCIÓN 2: COMUNÍQUESE CON NOSOTROS 3
SECCIÓN 3: ÍNDICE 8
SECCIÓN 4: ELEGIBILIDAD, INSCRIPCIÓN Y FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 9
SECCIÓN 5: LA RED DE HMO 15
SECCIÓN 6: CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER LA APROBACIÓN DE BENEFICIOS 19
SECCIÓN 7: BENEFICIOS Y COBERTURA (QUÉ ESTÁ CUBIERTO) 27
SECCIÓN 8: LIMITACIONES Y EXCLUSIONES (QUÉ NO ESTÁ CUBIERTO) 73
SECCIÓN 9: RESPONSABILIDAD DE PAGO DE LOS MIEMBROS 80
SECCIÓN 10: PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS (CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO) 81
SECCIÓN 11: DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA 83
SECCIÓN 12: RESCISIÓN, NO RENOVACIÓN, CONTINUACIÓN 88
SECCIÓN 13: APELACIONES Y QUEJAS 93
SECCIÓN 14: INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS EN LAS TARIFAS Y LA PÓLIZA 102
SECCIÓN 15: DEFINICIONES 103

SECCIÓN 4: ELEGIBILIDAD, INSCRIPCIÓN Y FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

ELEGIBILIDAD DE LOS SOLICITANTES

healthcare.gov determinará si Usted es elegible para recibir cobertura en virtud del Plan según su solicitud. Si es elegible y decide inscribirse en el Plan, healthcare.gov lo ayudará con su inscripción. Recibirá un aviso de parte de healthcare.gov en el caso de que determine que Usted no es elegible. healthcare.gov 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 Plan.
- Completar y enviar a **healthcare.gov** tales formularios o solicitudes de inscripción que healthcare.gov pueda solicitar razonablemente.
- Ser ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos.

ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES

Además, healthcare.gov 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, healthcare.gov lo ayudará con las inscripciones. Si healthcare.gov determina que uno o más de sus Dependientes no son elegibles, healthcare.gov se lo notificará. healthcare.gov le dará la oportunidad de apelar la determinación.

Los siguientes son Dependientes elegibles para la inscripción en este Plan:

- Cónyuge legal del suscriptor o Cónyuge legal para el que 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, parejas de hecho o beneficiario designado).
- Hijo biológico. Hijo adoptado. Un hijastro. Hijo de acogida. 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.

    a. El Hijo debe ser menor de veintiséis (26) años.

    b. Un Hijo seguirá siendo elegible hasta el final del año calendario en que cumpla los veintiséis (26) años si sigue cumpliendo todos los demás requisitos de elegibilidad.

    c. Sus propios Hijos recién nacidos, los de su Cónyuge o pareja de hecho están cubiertos automáticamente durante los primeros treinta y un (31) días de vida. Para continuar con la cobertura posteriormente a ese momento, debe inscribir al niño como miembro de la familia asegurado solicitando su inscripción como Dependiente dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de nacimiento, y pagar cualquier Prima adicional. La cobertura de un Hijo dependiente recién nacido que se inscriba dentro de

los sesenta (60) días siguientes al nacimiento entrará en vigor a partir de la fecha de nacimiento del niño. Si no se requiere una Prima adicional, debe inscribir al niño, pero no se requiere una notificación previa. La cobertura entraría entonces en vigor en la fecha del nacimiento del niño, o en la primera fecha de cobertura en virtud de esta PÓLIZA, lo que sea posterior.

d. Los Hijos adoptados, incluidos los que se entregan a Usted para su adopción, están cubiertos automáticamente durante treinta y un (31) días a partir de la fecha de entrega del Hijo adoptado para su adopción o del inicio de una demanda de adopción. Para continuar con la cobertura posteriormente a ese momento, debe inscribir al niño como miembro de la familia asegurado solicitando su inscripción como Dependiente dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de adopción, y pagar cualquier Prima adicional. La cobertura de un Hijo dependiente adoptado que se inscriba dentro de los sesenta (60) días siguientes a la adopción será retroactiva a la fecha de colocación del niño en adopción o de inicio de la demanda de adopción. Si no se requiere una Prima adicional, debe inscribir al niño, pero no se requiere una notificación previa. La cobertura entrará en vigor en la fecha de colocación del niño en adopción o de inicio de la demanda de adopción, o en la primera fecha de cobertura de esta PÓLIZA, la que sea posterior.

e. Un Hijo de acogida está cubierto automáticamente durante treinta y un (31) días a partir de la fecha de colocación en Su residencia. Para continuar con la cobertura posteriormente a ese momento, debe inscribir al niño como miembro de la familia asegurado solicitando su inscripción como Dependiente dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de colocación en el hogar y pagar cualquier Prima adicional. Si no se requiere una Prima adicional, debe inscribir al niño, pero no se requiere una notificación previa. La cobertura entraría entonces en vigor en la fecha de colocación del niño en el hogar, o en la primera fecha de cobertura en virtud de esta Póliza, lo que sea posterior. La cobertura para un Hijo de acogida inscrito dentro de los sesenta (60) días siguientes a la colocación en el hogar será retroactiva a la fecha de la colocación del niño en el hogar de acogida.

f. Un Hijo de acogida que esté discapacitado mental o físicamente y sea incapaz de mantenerse por sí mismo puede seguir estando cubierto por el Plan de beneficios médicos, independientemente de la edad, si la afección existe y la cobertura está en vigor cuando el Hijo cumple veintiséis (26) años. La discapacidad debe estar certificada médicamente por el Proveedor de atención médica del Hijo.

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 está inscrita para recibir cobertura en virtud de la Parte A o B de Medicare en el momento de la Solicitud.

- Un Cónyuge deja de ser elegible si ya no está casado con el 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).

CAMBIO EN EL ESTADO DE ELEGIBILIDAD

Es responsabilidad del suscriptor notificar al Plan o a healthcare.gov cualquier cambio que afecte la elegibilidad de los servicios en virtud de esta Póliza. Los cambios en la elegibilidad pueden ser para el suscriptor o para un Dependiente inscrito. El suscriptor debe notificar al Plan o a healthcare.gov dentro de los sesenta (60) días siguientes al evento. Esto incluye los cambios de domicilio, la adición o eliminación de Dependientes como consecuencia de un fallecimiento, el cumplimiento de los veintiséis (26) años de edad y los cambios en la situación de discapacidad o dependencia. La cobertura de los Miembros que no reúnan los requisitos necesarios finalizará de acuerdo con las disposiciones de finalización descritas en esta Póliza.

ELEGIBILIDAD PARA ADELANTOS DE PRIMAS Y SUBSIDIOS DE COSTOS COMPARTIDOS

ADELANTOS DE PRIMAS:

Ciertos Inscritos pueden tener derecho a recibir ayuda para pagar la Prima de su Plan. healthcare.gov o el HHS decidirán si un solicitante debe recibir adelantos de la Prima cuando lo solicite. 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.

healthcare.gov o el HHS decidirán si el 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 el Plan que healthcare.gov considere como Plan de "nivel plata". Si el Inscrito es nativo estadounidense en un plan de healthcare.gov, también cumple los criterios. 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 ANUAL

healthcare.gov tendrá un período de inscripción abierta anual. El período de inscripción abierta generalmente es del 1 de noviembre al 15 de diciembre. Es posible que estas fechas cambien, por lo que se debe revisar healthcare.gov cada año para confirmar que las fechas de la inscripción abierta anual no han cambiado. Durante el Período de inscripción abierta anual, Usted puede elegir inscribirse o hacer cambios en su cobertura actual. Si Usted es elegible para inscribirse, envía su solicitud y selecciona un plan durante este período. Una vez que sea aprobado por healthcare.gov, se inscribirá para la cobertura. También, si algún Dependiente es elegible, debe incluir al Dependiente en su Solicitud y elegir la cobertura del Plan para el 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. Para ciertos Eventos calificantes, 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 se inscribe a sí mismo o a sus Dependientes elegibles durante el Período de inscripción abierta, y ha pagado la Prima del primer mes, su cobertura comenzará en la fecha indicada como Fecha de entrada en vigencia en su tarjeta. Ningún servicio de salud recibido antes de la Fecha de entrada en vigencia en su tarjeta está cubierto.

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.

INSCRIPCIÓN INCORRECTA

Si Usted o cualquiera de Sus Dependientes no son elegibles para participar en el Plan, no recibirán cobertura de este. Esto es cierto incluso si Usted o sus Dependientes se han inscrito en el Plan. Si se produce dicha inscripción, el Plan tendrá derecho a solicitar el reembolso de Usted. El Plan puede

recuperar el costo de cualquier Beneficio que se les 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 informar a la Compañía de seguro médico si no recibe sus tarjetas 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 reclamar 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.

CONSEJO DE ASESORÍA AL CONSUMIDOR

Usted es una parte fundamental de nuestra organización. Valoramos sus opiniones sobre nuestros servicios y las operaciones del Plan de salud. Hemos creado un Consejo de Asesoría al Consumidor que se reúne cada trimestre para hablar sobre las operaciones generales desde la perspectiva de nuestros Miembros y cómo podríamos brindarle un mejor servicio. Ya que es Miembro de este Plan, puede participar en este Consejo. Si está interesado en hacerlo, llámenos al 844-465-5500

CAMBIO DE BENEFICIARIO

El derecho a cambiar un beneficiario está reservado para el titular de la Póliza, y el consentimiento del beneficiario o los beneficiarios no es necesario para el rescate o la cesión de esta Póliza, para cualquier cambio de beneficiario o beneficiarios, o para cualquier otro cambio en esta Póliza.

SECCIÓN DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

En ciertos casos, puede ser elegible para un Período de inscripción especial durante el cual será elegible para inscribirse Usted mismo o a sus Dependientes elegibles en el Plan fuera de las fechas del período de inscripción abierta anual. Esto significa que no tendrá que esperar hasta el próximo

Período de inscripción abierta para recibir la cobertura del Plan. Después de un evento calificante, tendrá un período de inscripción especial de no menos de sesenta (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 calificante 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 calificante, con una cobertura que comience no antes del día en que ocurra el evento calificante para evitar una brecha en la cobertura. Debe poder proporcionar documentación por escrito para respaldar la fecha de entrada en vigencia del evento calificante 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 CALIFICANTES:

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

- Recibir 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 cancelación de la inscripción de una persona en un Plan de beneficios de salud que no sean intencionales, involuntarias o erróneas y que sean el resultado de un error, una declaración falsa o una inactividad del productor del Plan o healthcare.gov.

- 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 healthcare.gov se vuelve elegible o ya no cumple con los requisitos para el crédito fiscal por pago adelantado federal o las reducciones de costo compartido a través de healthcare.gov.

- 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 que cancela la inscripción de un Dependiente, o un Dependiente que deja de ser elegible para Medicaid o un plan S-CHIP.

- Una persona que se vuelve inelegible en virtud del Programa Medicaid de Carolina del Norte.

- Una persona o un Inscrito:
    - que es víctima de abuso doméstico o abandono conyugal, incluido un Dependiente o una víctima soltera dentro de un hogar, está inscrita en la cobertura esencial mínima y busca inscribirse en la cobertura por separado del perpetrador del abuso o abandono;
    - o es un Dependiente de una víctima de abuso doméstico o abandono conyugal, en la misma solicitud que la víctima, puede inscribirse en la cobertura al mismo tiempo que la víctima.
- Una persona, que no es ciudadana o que tampoco tiene residencia legal, obtiene dicho estado.
- 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 demás eventos calificantes, 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 demás eventos calificantes, 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 5: LA RED DE HMO

Como Miembro, Usted tiene derecho a recibir Servicios cubiertos de Proveedores de la red, incluidos servicios médicos, quirúrgicos, diagnósticos, terapéuticos y preventivos brindados en el Área de servicio del Plan. Los Servicios cubiertos pueden estar sujetos al pago de Copagos, Coaseguros y cualquier Deducible aplicable según se especifica en el Programa de beneficios, y sujeto a las condiciones, limitaciones y exclusiones de esta PÓLIZA. 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 una Autorización previa, Usted y Su Proveedor de la red trabajarán con el Plan para obtener Autorizaciones previas.

Cada Miembro seleccionará, o alguien seleccionará en su nombre, un Médico de atención primaria (PCP). Debe elegir Su PCP al consultar el Directorio de proveedores actual de Friday Health Plan o llamar al Friday Care Crew.

Es responsabilidad de cada Miembro de Friday Health Plans informar al Plan un cambio de Su dirección postal dentro de los treinta y un (31) días de dicho cambio de dirección. Los cambios pueden realizarse comunicándose con Friday Care Crew al 844-465-5500.

Excepto por los Servicios de emergencia únicamente, los servicios coordinados por un Proveedor de la red o previamente autorizados por el Plan y obtenidos de un Profesional o Proveedor de la red se consideran Servicios cubiertos. Debe haber una Autorización previa para que toda la atención de Proveedores fuera de la red se considere un Servicio cubierto.

LA RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES DE HMO

Este Plan utiliza una red de Proveedores participantes para proporcionarle Beneficios. Esto significa que este Plan no proporciona Beneficios por los servicios que Usted recibe de Proveedores fuera de la red, a menos que:

- tenga una emergencia médica;
- reciba tratamiento por parte de un Proveedor fuera de la red cuando recibe atención en un Centro dentro de la red; o
- autoricemos servicios fuera de la red porque los servicios Médicamente necesarios que Usted necesita no están disponibles en un Proveedor de la red.

El Plan 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 del Plan. 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 del Plan o en situaciones de Emergencia, Usted DEBE recibir atención de un Proveedor de la red para que cuente como un Servicio cubierto. El Plan puede autorizar servicios a un Proveedor fuera de la red porque los servicios Médicamente necesarios que Usted necesita no están disponibles de un Proveedor de la red o no están disponibles de un Proveedor de la red sin una demora irrazonable. Si recibe servicios de atención médica de Proveedores fuera de la red sin una autorización del Plan, 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 844-465-5500. También puede encontrar el Directorio en www.fridayhealthplans.com.

ACCESO A PROVEEDORES FUERA DE LA RED

Si un Proveedor no tiene contrato con el Plan, entonces es un Proveedor fuera de la red. A menos que el Miembro tenga una Autorización previa, el Plan 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 el Plan 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 del Plan. El Directorio de proveedores se puede encontrar en www.fridayhealthplans.com o si llama a Friday Care Crew al 844-465-5500.

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 hubiera sido tratado por un Proveedor dentro de la red. El Plan pagará el Monto permitido.

Los Servicios de atención de emergencia o urgencia recibidos de un Proveedor fuera de la red estarán cubiertos al nivel de Beneficios dentro de la red. El pago al Proveedor fuera de la red se basará en el Monto permitido del Plan. El Monto permitido se refiere al monto máximo de un cargo facturado que el Plan considera pagadero por servicios o suministros cubiertos. Para los Proveedores dentro de la red, el Monto permitido está determinado por los contratos de Proveedores dentro de la red. Para los Proveedores fuera de la red, como los servicios de sala de emergencias fuera de la red, el Monto permitido es el cargo que el Plan negocia con el Proveedor fuera de la red o el monto promedio que el Plan habría pagado por los servicios si se hubieran prestado dentro de la red.

AVISO IMPORTANTE SOBRE FACTURACIÓN SORPRESA (CONOZCA SUS DERECHOS)

La ley estatal de Carolina del Norte 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 Carolina del Norte. 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 Carolina del Norte. Para obtener información adicional, comuníquese con Friday Care Crew al 1-844-465-5500.

¿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 el Plan 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”.

CUANDO NO SE LE PUEDE FACTURAR EL SALDO:

- Servicios de emergencia. Cuando recibe servicios de atención médica de emergencia para una Afección 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 deben informarle qué tipos de servicios puede prestar cualquier Proveedor fuera de la red.
    - Un Proveedor fuera de la red que es un Proveedor basado en un centro que presta servicios en un Centro de la red, incluidos, entre otros, los servicios de diagnóstico por imágenes, anestesia, laboratorio, anatomía patológica, puede no estar autorizado a facturarle a Usted un monto superior al Copago, Coseguro o Deducible aplicable en virtud de Su Plan.

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

1. El Plan les pagará directamente a los centros y Proveedores fuera de la red. Nuevamente, Usted solo es responsable de pagar sus costos compartidos dentro de la red por los Servicios cubiertos.
2. El Plan contará cualquier monto que Usted 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.
3. Su Proveedor, hospital o centro deben reembolsar cualquier monto que Usted pague en exceso dentro de los cuarenta y cinco (45) días de haberle informado dicho pago en exceso.

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 1-844-465-5500.

Información sobre ambulancias: los servicios de ambulancia terrestre 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 Usted recibe dichos servicios y no son un Servicio cubierto por el Plan, Usted puede recibir una factura del saldo.

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

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Un PCP es un Proveedor de la red que Usted 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 el Plan para obtener las Autorizaciones previas para los servicios de atención especializada que el Miembro pueda necesitar. Debe seleccionar un Proveedor de atención primaria dentro de los treinta (30) días después de que su cobertura del Plan entre en vigencia. Usted tiene derecho a designar a cualquier Proveedor de atención primaria que participe en la red del Plan y que esté disponible para aceptarlos 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.

El Proveedor de atención primaria que Usted seleccione para Usted puede ser diferente del Proveedor de atención primaria que Usted seleccione para cada uno de sus Dependientes.

Los Miembros diagnosticados con una enfermedad o afección degenerativa, incapacitante o potencialmente mortal grave o crónica, cualquiera de las cuales requiere atención médica especializada, pueden designar a un especialista, con experiencia en el tratamiento de la enfermedad o afección, como su Médico de atención primaria. Si determinamos que la atención no sería coordinada adecuadamente por el especialista designado, podemos denegar el acceso a ese especialista como Proveedor de atención primaria.

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

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

Si lo prefiere, puede llamar a Friday Care Crew al 844-465-5500. También puede comunicarse con el Plan para ver si un médico acepta nuevos pacientes.

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 of North Carolina, Inc.
700 Main Street
Alamosa, Colorado 81101
questions@fridayhealthplans.com

Si lo prefiere, puede llamar a Friday Care Crew al 844-465-5500.

REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN

Para asegurarse de tener acceso a atención médica rentable y de alta calidad, el Plan tiene un programa de gestión de utilización (Utilization Management, UM). El programa de UM requiere que ciertos servicios de atención médica sean revisados y aprobados por el Plan para recibir Beneficios. Como parte de este proceso, el Plan analiza si los servicios de atención médica son Médicamente necesarios, si se proporcionan en el entorno adecuado y si se proporcionan durante un período razonable. El Plan respetará una certificación para cubrir servicios o suministros médicos en virtud de su Plan de beneficios de salud, a menos que la certificación se haya basado en una tergiversación material sobre su afección de salud o que Usted no sea elegible para estos servicios en virtud de su Plan de beneficios de salud debido a la finalización de la cobertura (incluida su finalización voluntaria de la cobertura) o la falta de pago de las Primas.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES CONFORME AL PROGRAMA DE UM

Usted tiene derecho a:

- Una decisión de UM que sea oportuna y cumpla con los plazos estatales y federales aplicables.
- Los motivos de una determinación adversa de un tratamiento o servicio de atención médica solicitado, incluida una explicación de los criterios de UM y el protocolo de tratamiento utilizado para tomar la decisión.
- Hacer que un director médico del Plan tome una determinación final de todas las determinaciones adversas que se basaron en la necesidad médica
- Solicitar una revisión de una determinación adversa a través de nuestro proceso de apelaciones
- Solicitar a un representante autorizado que procure el pago de un reclamo o presente una apelación en su nombre.
- Un representante autorizado puede actuar en nombre del Miembro con el consentimiento por escrito del Miembro.

RESPONSABILIDADES DEL PLAN

Como parte de todas las decisiones de UM, el Plan:

- Les proporcionará a Usted y a su Proveedor un número de teléfono gratuito para llamar al personal de revisión de UM cuando se necesite la certificación de un servicio de atención

médica.

- Limitará lo que les solicitamos a Usted o a su Proveedor a la información necesaria para revisar el servicio en cuestión.

- Solicitará toda la información necesaria para tomar la decisión de la UM, incluida la información clínica pertinente.

- Les proporcionará a Usted y a su Proveedor una notificación inmediata de la decisión de UM de acuerdo con la ley estatal y federal aplicable y su Plan de beneficios de salud.

En caso de que el Plan no reciba información suficiente para aprobar la cobertura de un servicio de atención médica dentro de los plazos especificados, el Plan le notificará una Determinación adversa por escrito. El aviso explicará cómo puede apelar la Determinación adversa.

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 UNA AUTORIZACIÓN PREVIA

En algunos casos, debe obtener una Autorización previa del Plan antes de recibir ciertos suministros, medicamentos o servicios de atención médica. Las consultas a un Especialista de la red no requieren Autorización previa, pero los procedimientos médicos y quirúrgicos de cualquier Proveedor de la red suelen exigir una Autorización previa. En general, su Proveedor participante comenzará el proceso de obtención de Autorización previa en su nombre. Esto se realiza mediante la solicitud de la Autorización previa al Plan. 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. También identificará los servicios de atención médica que realizará el Proveedor participante y las fechas en las 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 la Autorización previa. Esta garantía no se aplica si pierde la elegibilidad del 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 una 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 844-465-5500 si no está seguro de si un servicio necesita una Autorización previa antes de que se presten los servicios.

PLAZO DE AUTORIZACIÓN PREVIA

El Plan debe recibir las solicitudes de Autorización previa de acuerdo con los siguientes plazos:

- Al menos cinco (5) días antes de un ingreso electivo como paciente hospitalizado en un hospital, centro de enfermería especializada o de rehabilitación, o centro de cuidados paliativos.

- Al menos treinta (30) días antes de la evaluación inicial para los servicios de trasplante de órganos.

- Al menos treinta (30) días antes de recibir servicios de ensayos clínicos.

- Dentro de las veinticuatro (24) horas de cualquier hospitalización, incluidas las hospitalizaciones de emergencia.

- Al menos cinco (5) días antes del inicio de la atención médica domiciliaria, excepto aquellos Miembros que necesiten atención médica domiciliaria después del alta hospitalaria.

Después de que se haya solicitado la Autorización previa y se haya presentado toda la documentación requerida o aplicable, el Plan tomará la determinación de autorizar en el siguiente plazo:

- Para revisión concurrente urgente, dentro de las veinticuatro (24) horas de la recepción de la solicitud.

- Para solicitudes prospectivas urgentes, dentro de las setenta y dos (72) horas de la fecha de recepción de la solicitud.

- Para solicitudes prospectivas no urgentes dentro de los tres (3) días hábiles de la recepción de toda la información clínica necesaria.

- Para solicitudes posteriores al servicio, dentro de los treinta (30) días calendario de la

recepción de la solicitud.

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 of North Carolina, Inc.
700 Main Street
Alamosa, Colorado 81101
questions@fridayhealthplans.com

También puede obtener esta información de Friday Care Crew llamando al 844-465-5500.

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. Sin embargo, es posible que el Proveedor de atención médica deba cumplir con ciertos procedimientos. En estos procedimientos, se incluye obtener una Autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o hacer derivaciones. 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 como servicios que no son de emergencia. Si Usted es hospitalizado sin una Autorización previa debido a una Emergencia médica, debe informar al Plan por teléfono sobre la hospitalización al 844-465-5500. 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 un aviso adecuado al Plan.

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.

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. Este es el caso solo si Usted sigue los términos y condiciones adicionales explicados en esta Póliza. Si Usted accede a un Proveedor fuera de la red para recibir servicios de emergencia y que no sean de emergencia, el Plan proporcionará divulgaciones sobre la responsabilidad financiera de una persona cubierta por esos servicios. Esto tampoco se aplica cuando un Proveedor fuera de la red que es un Proveedor basado en un centro presta Servicios en un Centro de la red, incluidos, entre otros, diagnóstico por imágenes, anestesia, laboratorio, anatomía patológica. Esto corresponderá solo si Usted sigue los otros términos y condiciones que se explican en esta Evidencia de cobertura.

PORTAL PARA MIEMBROS

Como Miembro del Plan, 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, visite el 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
Acupuntura	No cubierto
Inseminación artificial	Límite de vida útil de 6 ciclos
Cirugía bariátrica	Sí
Biopsia de médula	Sí
Densitometría trifásica	Sí
BRCA	Sí
Extractor de leche materna	Ningún Miembro recibe $250
Reconstrucción mamaria	Sí
Quimioterapia	Sí
Servicios/cirugía para labio leporino/paladar hendido	Sí

Servicio	No se requiere autorización
Pruebas de alergia	No
Amniocentesis	No
Hemoderivados	No
Asesoramiento por duelo	No
Biopsia de mama	No
Densidad ósea: solo DEXA	No
Rehabilitación cardíaca	No, el límite por Año del plan es 36 visitas
Ecografía carotídea	No
Cirugía de cataratas	No
Servicios quiroprácticos	Límite del Año del plan de 30 visitas combinadas con fisioterapia/terapia

Servicio	Se requiere autorización
Implantes cocleares	No cubierto
Monitor de glucosa continuo	Sí
Tratamiento de presión positiva en las vías respiratorias	Sí
Tomografía computarizada/angiografía por tomografía computarizada	Sí
Diálisis	Sí
Equipos médicos duraderos	Sí, artículos de más de $500
EEG: solo para pacientes hospitalizados	Sí
Abortos provocados	Consulte Limitaciones
Pruebas genéticas	Sí
Audífonos para adultos	N/C
Exploración Hida	Sí
Cuidados médicos en el hogar	Sí, después de las primeras 30 visitas
Cuidados paliativos para pacientes internados/cuidados paliativos domiciliarios	Sí, después de los primeros 6 meses
Análisis para la Infertilidad	Sí
Inyectables	Sí, para medicamentos de más de $1000
Admisión de pacientes hospitalizados, preplanificada	Sí
Cirugía ambulatoria	Sí
Bomba de insulina	Sí
Fertilización in vitro	No cubierto
Infusión i.v. en el hogar o para pacientes ambulatorios	Sí
Asesoramiento marital	N/C
Mastectomía	Sí
Atención de maternidad: Dependientes	El bebé no está cubierto

Servicio	No se requiere autorización
	ocupacional
Suministros para el monitor de glucosa continuo	No
Colonoscopía u otra IFOBT (detección/diagnóstico, incluido Cologuard)	No
Suministros para el tratamiento de presión positiva en las vías respiratorias	No
Inyección de Depo Provera	No
Educación sobre la diabetes	No
Suministros para pruebas de diabetes	No
Ecocardiograma	No
Esofagogastroduodenoscopia/endoscopia	No
Inyección epidural	No
Essure	No
Vacunación contra la gripe	No
Audífonos: ≤22 años	No, 1 por oído cada 36 meses
Monitor Holter/de eventos	No
Hospital: OBS <23 h	No
Vacunación contra el VPH, niños	No
Vacunación contra el VPH, niñas	No
Implanon/Nexplanon	No
Suministros de la bomba de insulina	No
DIU/diafragma	No
Mamografías	No
Atención de maternidad global	No
Dispositivo de acceso para administración de medicamentos	No
Salud mental: pacientes ambulatorios	No

Servicio	Se requiere autorización
Atención de maternidad: solo parto vaginal	Sí
Atención de maternidad: solo cesárea	Sí
Atención de maternidad: subrogación	Sí, con limitaciones
Salud mental: pacientes internados	Sí
IRM	Sí
Estadía del recién nacido: después de la estadía de la mamá	Sí
Medicina nuclear	Sí
Asesoramiento sobre nutrición	No cubierto
Prueba de esfuerzo nuclear	Sí
Zapatos ortopédicos/para diabéticos	Sí
Aparatos ortopédicos	Sí
Cirugía como paciente internado: hospital/centro de cirugía	Sí
Procedimientos en el consultorio	Sí >$1000
Tomografía por emisión de positrones	Sí
Prueba de perfusión pulmonar	Sí
Gammagrafía VQ (ventilación y perfusión)	Sí
Pelucas (quimio)	Sí

Servicio	No se requiere autorización
Pruebas de neuropsicología	No
Concentrador de O_2 y O_2	No
Vía central de inserción periférica (todos los procedimientos)	No
Vacuna antineumocócica	No
Prueba de función pulmonar (PFT)	No
Radiología/Diagnóstico/Radiografía	No
Culebrilla <60 años	No
Tomografía computarizada por emisión de fotones individuales/Lexiscan	No
Prueba de esfuerzo	No
Ligadura de trompas	No
Ecografías	No
Vasectomía	No
Cuidado de heridas: en el consultorio	No
Vacunas	No
Fisioterapia/Terapia ocupacional: habilitación	Límite por Año del plan de 30 visitas de terapias combinadas con atención quiropráctica
Fisioterapia/Terapia ocupacional: rehabilitación	Límite por Año del plan de 30 visitas de terapias combinadas con atención quiropráctica
Terapia del habla	No, límite por Año del plan de 30 visitas
Vacunas	No

SECCIÓN 7: BENEFICIOS Y COBERTURA (QUÉ ESTÁ CUBIERTO)

BENEFICIOS OBLIGATORIOS DEL ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE

Los siguientes Beneficios obligatorios del estado de Carolina del Norte están cubiertos en virtud de la Póliza: Diagnóstico y tratamiento del linfedema. atención de emergencia, hospitalización mínima después del parto de un bebé, ofertas de beneficios mínimos para el tratamiento del alcoholismo/abuso de drogas, acceso a medicamentos que no figuran en el formulario, audífonos, mediciones de masa ósea, anticonceptivos y dispositivos de medicamentos recetados; pruebas de detección de cáncer colorrectal, examen de audición para recién nacidos, pruebas de vigilancia del cáncer de ovario, mamografías y examen de detección de cáncer de cuello uterino; pruebas de detección de cáncer de próstata, cirugía reconstructiva de mama después de una mastectomía, anomalías y defectos congénitos; ciertos ensayos clínicos, anestesia y cargos hospitalarios para ciertos procedimientos dentales, diabetes, cobertura mínima para enfermedades mentales, determinado uso para indicación no autorizada para el tratamiento del cáncer y la disfunción articular de la articulación temporomandibular.

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 una Autorización previa para los servicios cuando esta se requiere.

Incluso si el Plan paga por los Servicios cubiertos, Usted 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 PÓLIZA.

A. COBERTURA PARA HIJOS

1. Cobertura automática: Su Hijo recién nacido estará cubierto automáticamente por el Plan durante los primeros treinta y un (31) días de vida. Su Hijo adoptado/en acogida estará cubierto por el Plan durante los primeros treinta (30) días.
    - Ya sea que el Hijo recién nacido en acogida 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 en acogida o adoptivo tal como se aplicarían en el caso de cualquier otro Dependiente del suscriptor.
2. Estadía inicial en el hospital. El Plan cubrirá la estadía en el hospital para su Hijo. 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 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. Enfermedad y lesión durante el primer mes de vida. Por lo general, el Plan cubrirá el tratamiento de su Hijo por enfermedad y lesión. En esto se incluye la atención y el tratamiento de malformaciones y anomalías congénitas diagnosticadas médicamente durante 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 o paladar hendido. El Plan cubrirá la atención y el tratamiento de un Hijo 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. 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.

6. Errores genéticos innatos 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, acidemias glutáricas, acidemia metilmalónica, acidemia propiónica, alergias a la inmunoglobulina E y no mediadas por dicha inmunoglobina 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 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.

7. 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 y parenteral elementales están cubiertos como Médicamente necesarios.

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 Carolina del Norte 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 de intervención 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. Limitación anual. Cada Año del plan, dicho Plan pagará hasta cuarenta y cinco (45) consultas terapéuticas por servicios de intervención temprana para su Hijo cubierto.

5. 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 proporcionan 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 trastornos del espectro autista. 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 debe ser 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 o el analista del comportamiento.

3. Limitaciones: El tratamiento de análisis conductual aplicado y la cobertura no incluyen los servicios proporcionados a través de los servicios escolares.

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.

2. Limitación anual. Cada año, el Plan pagará hasta treinta (30) consultas para las terapias combinadas (fisioterapia, ocupacional y del habla) para el Hijo cubierto. Las consultas de terapia deben distribuirse según sea médicamente apropiado durante todo el Año del plan. Se distribuirán independientemente de si la afección es aguda o crónica y si el propósito de la terapia es mantener o mejorar la capacidad funcional.

3. Afecciones congénitas que involucren cualquier hueso o articulación de la cara o la cabeza Para procedimientos Médicamente necesarios que involucren cualquier hueso o articulación de la cara o la cabeza utilizados para tratar una afección que impide el funcionamiento normal del hueso o la articulación en particular involucrados y la afección es causada por deformidad congénita, enfermedad o lesión corporal.

    - Los procedimientos terapéuticos incluyen férulas, aparatos protésicos intrabucales utilizados para reposicionar los huesos o cualquier otra Cobertura para procedimientos Médicamente necesarios que involucren cualquier hueso o articulación de la mandíbula, cara o tratamiento no quirúrgico de la disfunción de la articulación temporomandibular.

    - No se proporciona cobertura para aparatos de ortodoncia, coronas, puentes, dentaduras postizas, tratamiento de enfermedad periodontal, implantes dentales o tratamientos de conducto.

E. BENEFICIOS PARA EL HABLA Y LA AUDICIÓN INFANTILES

1. Terapia del habla. Si un Hijo cubierto sufre retraso en el habla, el Plan cubrirá hasta treinta (30) consultas de terapia del habla. El Plan puede cubrir consultas adicionales 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 para un Hijo cubierto que sea menor de edad al final del mes en que el Hijo cumpla veintidós (22) años. El Plan cubrirá las pruebas de 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. El Plan 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.
3. Exclusiones: Se excluyen los audífonos anclados al hueso, excepto cuando alguna de las siguientes condiciones corresponde: a) Miembro con anomalías craneofaciales cuyos conductos auditivos externos anormales o ausentes impiden el uso de un audífono portátil, o b) Miembro con pérdida auditiva de gravedad suficiente que un audífono portátil no podría subsanar de manera apropiada.

4. Limitaciones:El Plan cubrirá los audífonos iniciales 1 por oído cada 36 meses.

F. BENEFICIOS DE LA VISIÓN Y DENTALES INFANTILES

1. Hospitalización o anestesia para procedimientos dentales. El Plan cubrirá 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 estar casado, estar certificado médicamente como discapacitado y ser Dependiente de Usted o de 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.

   - Tener menos de nueve años (9) y necesitar atención dental.

2. Atención dental pediátrica. El diseño de Beneficios del Plan no incluye un Beneficio dental pediátrico. Tal Beneficio se encuentra disponible para su adquisición por separado a través

de healthcare.gov como Beneficio independiente.

- El tratamiento inicial para lesiones accidentales a dientes naturales sanos (se limita al tratamiento de dientes traumatizados y tejidos circundantes) es un Beneficio cubierto. Para ser elegible, el trabajo dental inicial para reparar lesiones accidentales en dientes sanos debe solicitarse dentro de los sesenta (60) días a partir del inicio de la lesión y se realiza dentro de los seis (6) meses a partir de la lesión, o tan pronto como sea posible, e incluye
  todos los exámenes y tratamientos para completar la reparación.

3. Atención de la visión pediátrica. El Plan cubrirá un examen de la vista cada Año del plan para un Hijo cubierto hasta el final del mes en que el Hijo cumpla veintiún (21) años de edad por los servicios prestados por un optometrista, optometrista terapéutico y oftalmólogo. Los anteojos para el Hijo cubierto tendrán cobertura para un (1) par cada 12 meses e incluyen marcos y lentes o lentes de contacto. Recubrimiento con protección ultravioleta, policarbonato, lentes (si no son infantiles, monoculares o recetados >+/- 6.00 dioptrías), lentes de segmento mixto, visión intermedia, lentes, progresivas estándares, progresivas premium, lentes de cristal fotocromáticas, lentes fotosensibles de plástico, lentes polarizadas, recubrimiento antirreflejante (AR) estándar, recubrimiento AR premium, recubrimiento ultra-AR, lentes de alto índice, lentes de contacto: se cubren una vez cada año calendario, en lugar de las gafas y se puede determinar que las lentes de contacto son Médicamente necesarias en el tratamiento de las siguientes enfermedades: queratocono, miopía patológica, afaquia, anisometropía, aniseiconia, aniridia, trastornos corneales, trastornos postraumáticos, astigmatismo irregular. Y para la baja visión: una evaluación completa de la baja visión cada 5 años. El Plan también cubrirá los dispositivos de ayuda para la baja visión.

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 recibe servicios de un Proveedor participante por más de una razón, el Proveedor participante puede facturar por cada razón por separado. En ese caso, si el propósito principal del servicio es la prestación del servicio o artículo preventivos, no se cobrará ningún Copago u otro requisito de costo compartido por la visita en el consultorio. Si el propósito principal facturado del servicio en el consultorio no es la prestación del servicio o artículo preventivos, se cobrará el Copago u otros requisitos de costo compartido por dicho servicio. 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). El Plan revisa las recomendaciones A y B durante todo el Año del plan. Si el USPSTF realiza un cambio en sus recomendaciones A y B, esos cambios se reflejarán en los Beneficios del siguiente Año del plan. A continuación, se presenta una lista parcial de las recomendaciones A y B

que el Plan 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: 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. El Plan cubrirá dos intentos para dejar de fumar por año. El Plan 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 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 cincuenta (50) a cincuenta y nueve (59) años que tienen un riesgo de ECV del 10 % o superior a diez (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 diez (10) años.

- Detección de hipertensión arterial en adultos de dieciocho (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.

b. <u>Exámenes de detección mediante diagnóstico por imágenes o procedimiento</u>

- 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.

    - El Plan 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 relacionados con la mamografía incluyen una mamografía inicial a 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. Una mamografía y un examen clínico de mamas entre los treinta y cinco (35) y cuarenta (40) años para portadoras del gen BRACA ½. La Inscrita con familiares con cáncer o la Inscrita con al menos un factor de riesgo de cáncer de mama puede recibir una mamografía y un examen clínico de mama a partir de los veinticinco (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.

- 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 doce (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 HIV en todas las personas embarazadas, incluidas las que se presentan en proceso de parto o durante el parto, cuyo estado de infección por HIV 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 beber de manera riesgosa o peligrosa breves intervenciones de asesoría conductual para reducir el consumo de alcohol poco saludable.

    - Dosis bajas de aspirina (81 mg/día) como medicamento preventivo después de doce (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 veintiocho (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.

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

- Cobertura de detección del cáncer colorrectal para pruebas de detección temprana de cáncer colorrectal y pólipos adenomatosos a partir de los cuarenta y cinco (45) años. Si una prueba de detección de cáncer colorrectal se convierte en un procedimiento de diagnóstico, como la eliminación de pólipos, el Miembro será responsable de cualquier cargo como Deducible y Coseguro.

    - 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 cáncer colorrectal, 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. Si una prueba de detección de cáncer colorrectal se convierte en un procedimiento de diagnóstico, se aplicará el Deducible y Coseguro del plan.

    - 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 sesenta y cinco (65) a setenta y cinco (75) años que alguna vez han fumado.

- Detección de osteoporosis mediante densitometría para prevenir fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas menores de sesenta y cinco (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 sesenta y cinco (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 quince (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 Papanicolaou” o “Prueba de Papanicolaou” significa un examen, de acuerdo con los estándares establecidos por el Colegio Estadounidense de Patólogos, de los tejidos del cuello uterino con el fin de detectar cáncer cuando se realiza por orden de un médico, cuyo examen puede realizarse una vez al año o con más frecuencia si lo indica un médico.

- Prueba de detección de cáncer de ovario para mujeres miembros de veinticinco (25) años de edad o más en riesgo de cáncer de ovario. La cobertura incluye un examen de detección anual, una ecografía transvaginal y un examen pélvico rectovaginal. Un 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 dieciocho (18) métodos anticonceptivos diferentes. Comuníquese con el Plan para conocer los métodos que están aprobados para no compartir costos.

- Medición de la masa ósea comprobada científicamente (prueba de densidad ósea) para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la osteoporosis. La prueba de densidad ósea no requiere Autorización previa.

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 de edad 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 cinco (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 cuarenta (40) a setenta (70) años con sobrepeso u obesidad.
- Detección de gonorrea, clamidia o sífilis en mujeres sexualmente activas 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 dieciocho (18) a setenta y nueve (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.

3. Vacunas

- Todas las vacunas de rutina en niños, adolescentes y adultos que tengan en vigencia una recomendación del 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 Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, 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.

4. 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 of North Carolina, Inc.
700 Main Street
Alamosa, Colorado 81101
questions@fridayhealthplans.com

Si lo prefiere, puede llamar a Friday Care Crew al 844-465-5500.

H. CONSULTAS 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 de la familia, análisis de problemas dietarios, revisión de las actividades de promoción de la salud, asesoramiento sobre ejercicios y nutrición, incluido el asesoramiento de ácido fólico para mujeres en edad de concebir), análisis de sangre, antecedentes y exámenes físicos, análisis urinarios, 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, dichas Inscritas deben cumplir con los estándares identificados por el HHS. 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.

3. Las consultas de bienestar infantil y de mantenimiento de la salud 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
De 0 a 12 meses	Una (1) prueba de PKU
De 0 a 12 meses	Una (1) consulta domiciliaria (para recién nacidos dados de alta en menos de 48 horas después del
De 13 a 35 meses	Tres (3) consultas de bienestar
De 3 a 6 años	Cuatro (4) consultas de bienestar
De 7 a 12 años	Cuatro (4) consultas de bienestar
De 13 a 18 años	Una (1) consulta de mantenimiento de la salud por Año del
De 19 a 39 años	Un (1) examen cada 36 meses
De 40 a 64 años	Un (1) examen cada 24 meses
Mayores de 64 años	Un (1) examen cada 12 meses

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. Limitaciones de los servicios y exámenes. El Plan no cubrirá todos los servicios realizados durante los exámenes físicos programados. Por ejemplo, el Plan generalmente no cubrirá servicios tales como pruebas de estrés, electrocardiogramas, radiografías de tórax ni sigmoidoscopías. Sin embargo, estos servicios pueden cubrirse si son Médicamente necesarios. Además, el Plan generalmente no cubrirá los exámenes que sean más frecuentes que los mencionados anteriormente en el cronograma.
   Sin embargo, el Plan puede cubrir más exámenes si respaldan un diagnóstico, según lo determine el Proveedor de atención primaria del Inscrito.

   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.

5. Para mujeres adultas. Cuando un Proveedor participante lo proporcione, el Plan cubrirá un examen anual pélvico y de mama, y una prueba de Papanicolaou. Cuando un Proveedor participante lo proporcione, el Plan cubrirá un examen anual pélvico y de mama, y una prueba de Papanicolaou. Se aplicará el siguiente programa:

   Se cubren una mamografía y un examen clínico de mama por año para las Inscritas de, al menos, cuarenta (40) 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 diez (10) años antes para Inscritas que tengan 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 20 %. El Proveedor de atención primaria de la Inscrita debe realizar esta determinación).

     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.

6. 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 al año para cualquier Inscrito masculino, según lo determine un Proveedor participante.

   - 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.

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. Consultas de rutina en el consultorio del Proveedor de atención primaria. El Plan cubrirá las consultas de rutina de un Miembro en el 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 en el consultorio, una consulta de procedimiento programada o que brinda un Proveedor especializado requieren el pago de Deducible y Coseguro.

    - Otros Proveedores profesionales: una persona o entidad que no sea un médico acreditado y con licencia o certificado en el estado donde se encuentra para proporcionar Servicios cubiertos y que es aceptable para el Plan. Algunos ejemplos pueden incluir asistentes médicos (PA), enfermeros profesionales (NP), podólogos o enfermeros anestesistas registrados certificados (CRNA). Todos los servicios suministrados deben estar dentro del alcance de la licencia o certificación para ser elegibles para el reembolso

1. 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.

2. 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.

3. 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 así incluso si no se ha cumplido el Deducible. Un Proveedor participante debe proporcionar este programa o el programa debe estar aprobado por el Plan.

4. Servicios médicos especializados. 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 en el consultorio, una consulta de procedimiento programada o que brinda un Proveedor especializado requieren el pago de Deducible y Coseguro.

5. Servicios de diagnóstico. El Plan cubrirá los servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de radiología (radiografías), patología, análisis de laboratorio y otros servicios de diagnóstico por imágenes. Ciertos servicios de diagnóstico requieren una Autorización previa. Este es el caso para las imágenes por resonancia magnética (IRM), las tomografías computarizadas (TC) y la estimulación magnética transcraneal (EMT), entre otros.
6. Sangre. El Plan cubrirá el costo de transfusiones de sangre, plasma, expansores de plasma sanguíneo y otros líquidos inyectados en el torrente sanguíneo. Los Beneficios se proporcionan para el costo de almacenamiento de la sangre propia de un Miembro solo cuando se almacena y utiliza para un procedimiento programado previamente.

7. 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 deben ser recetados por su médico de atención primaria o el profesional de atención médica que lo atiende. 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.

8. Radioterapia y quimioterapia. El Plan cubrirá la radioterapia y quimioterapia Médicamente necesarias para el tratamiento de cáncer. El Miembro debe obtener una Autorización previa.

9. 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. Estos Beneficios están disponibles independientemente de cualquier lapso de tiempo de la mastectomía del Miembro.

10. Servicios de esterilización: el Plan cubrirá los procedimientos de esterilización femenina y masculina, como vasectomías y ligaduras y oclusiones de trompas.

11. 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. Pruebas y tratamiento de COVID-19, según lo requieran los boletines informativos, las leyes o las regulaciones federales o de Carolina del Norte aplicables.

13. 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:

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

        ii. 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 los mandatos 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 la prueba, o según lo exija la ley federal o estatal.

K. SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

1. Estándares. En 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. Además, 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 cuiden 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 deben haber incluido, 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 seis (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. 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.

2. Atención de la salud mental ambulatoria. El Plan cubrirá las consultas ambulatorias de salud mental de la misma manera en que cubre otras consultas ambulatorias. Esto incluyó una cobertura para biorretroalimentación.

3. Atención de la 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.

4. Tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias o dependencia de sustancias químicas. El Plan cubrirá las consultas ambulatorias por abuso de sustancias o dependencia de sustancias químicas de la misma manera en que cubre otras visitas ambulatorias sin Autorización previa.

5. 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. Se cubrirá el 80 % de las tarifas permitidas del Plan, menos el monto equivalente al Deducible de la Parte B de Medicare al 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, HAS]) 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.

   i. 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:

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

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

iv. adaptación del dispositivo protésico inicial;

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

vi. dispositivos ortopédicos para tratar la plagiocefalia posicional.

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.

7. Dispositivos de compresión: el Plan cubrirá dispositivos de compresión personalizados (no eliminación) para linfedema.

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 emergencia y de urgencia.

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 el Plan.

(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 los Inscritos. 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

que el Inscrito tendría que haber pagado 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. Consultas prenatales y posnatales en el consultorio. 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 necesario. 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.

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

4. 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 8:00 p. m., la cobertura continuará hasta las 8:00 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 incluye la inserción de dispositivos anticonceptivos y el ajuste de diafragmas. El Plan también cubre vasectomías y procedimientos de ligadura de trompas 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 del Inscrito.

2. Servicios para la Infertilidad. El Plan cubrirá los siguientes servicios, lo que incluye: radiografías y procedimientos de laboratorio, servicios para el diagnóstico y el tratamiento de la Infertilidad involuntaria e inseminación artificial, hasta tres (3) 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. Medicamentos recetados: el Plan cubre ciertas recetas relacionadas con el tratamiento de la Infertilidad. Consulte el Formulario del Plan para obtener una lista de los medicamentos y las condiciones de cobertura de estos medicamentos.
   - Citrato de clomifeno (Clomid genérico)
   - Mesilato de bromocriptina (Parlodel genérico)
   - Cabergolina (Dostinex genérico)
   - Progesterona
   - Lupron Depo
   - Estrógeno

4. Cobertura de anticonceptivos. En la actualidad, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha aprobado 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:

        i. Atención de enfermería especializada bajo la supervisión de un enfermero registrado (registered nurse, RN).

        ii. Servicios de asistencia médica domiciliaria certificados bajo la supervisión de un RN o terapeuta.

        iii. Servicio de enfermería privada

        iv. 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 (durable medical equipment, 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 veintiocho (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, hígado, 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 (y en el caso de que dicha quimioterapia esté cubierta), 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 búsqueda y aceptación de un órgano. También se incluyen los costos de los 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 debe
ser aceptado por primera vez en el programa de trasplante.

5. Gastos de viaje y alojamiento: El Plan cubrirá los costos de viaje y alojamiento. Estos gastos solo se reembolsarán con una autorización aprobada para el trasplante como se describe anteriormente. Los Miembros deben enviar una solicitud de reembolso con los recibos al Friday Care Crew por correo electrónico a questions@fridayhealthplans.com o

por correo postal a
Friday Health Plans
Attn: Accounts Payable
700 Main St
Alamosa, CO 81101

6. Exclusiones. El precio de compra del órgano o tejido si algún órgano o tejido se vende en lugar de donarse al Miembro receptor. Obtención de órganos, tejidos, médula ósea o células madre de sangre periférica o cualquier otro servicio de donante si el receptor no es un Miembro.

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 esta Póliza 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 cierto 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.

   - Los servicios de hospicio no incluyen servicios domésticos, como cocina, limpieza y preparación de alimentos o comidas.

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

   - El Proveedor de atención primaria del Inscrito debe revisar los servicios prestados en el centro de cuidados paliativos de manera periódica.

   - 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 una 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

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

ii. 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.

iii. 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

i. 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.

ii. 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.

iii. Recipientes desechables para materiales de riesgo biológico.

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

v. 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 de un Inscrito internado. Dichos servicios deben proporcionarse en un centro de enfermería especializada del Proveedor participante internado. Estos servicios también requieren Autorización previa. La cobertura del Plan se limita a sesenta (60) días por Año

del plan. Este límite de sesenta (60) días es un límite combinado que incluye todos los días en centros de enfermería especializada, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centros de atención subaguda.

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 sesenta (60) días de servicios para pacientes hospitalizados por Año del plan y treinta (30) visitas para pacientes ambulatorios para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia quiropráctica combinadas. La terapia del habla tiene un límite separado de treinta (30) visitas de terapia 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.

    - Los servicios de rehabilitación incluyen rehabilitación cardíaca y rehabilitación pulmonar; consulte los detalles de los Beneficios a continuación.

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. Servicios para pacientes hospitalizados

    a. Los servicios de habilitación 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.

    b. Servicios de habilitación limitados a treinta (30) visitas por año para terapias combinadas (físicas, ocupacionales y quiroprácticas).

    c. 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. 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.

6. Rehabilitación pulmonar. 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.

7. 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 aplicarían todas las demás limitaciones y condiciones del Plan.

8. 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. También las puede proporcionar otro Proveedor participante en función de una Autorización previa. 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.

9. 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 causan disfunción respiratoria o de ingesta significativas, y otros trastornos de los huesos y las articulaciones de la mandíbula, la cara o la cabeza.

     - Los servicios médicos para la TMJ y otros trastornos de los huesos y las articulaciones de la mandíbula, la cara y la cabeza están cubiertos de la misma manera que cualquier otra afección médica. Esta PÓLIZA no cubre los servicios dentales (es decir, dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de dientes o encías) ni los servicios de ortodoncia (es decir, aparatos de ortodoncia y otros aparatos de ortodoncia) para ningún diagnóstico.

   - Tratamiento inicial para lesiones accidentales en dientes naturales sanos (limitado al tratamiento de dientes traumatizados y tejido circundante). Para ser elegible, el trabajo dental inicial para reparar lesiones accidentales en dientes sanos debe

solicitarse dentro de los sesenta (60) días a partir del inicio de la lesión y se realiza dentro de los 6 meses a partir de la lesión, o tan pronto como sea posible a partir de entonces, e incluye todos los exámenes y tratamientos para completar la reparación.

El Plan no cubre otros servicios de cirugía oral, a menos que lo exija la ley de Carolina del Norte.
El Plan cubrirá 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 Miembro 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.

10. 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 veintiséis (26) años.

11. Exámenes auditivos y audífonos. El Plan cubrirá las pruebas de la 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 veintidós (22) años.

12. 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.

13. Medicamentos con receta. Los medicamentos con receta están cubiertos por su Plan de beneficios de la siguiente manera:

    - Los medicamentos recetados para pacientes hospitalizados aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos
      (FDA) de los EE. UU. están cubiertos cuando se encuentra en un hospital o centro

de enfermería especializada.

- Los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios están cubiertos y sujetos al Formulario del Plan de la siguiente manera:
    - Los medicamentos recetados para pacientes externos se designan como Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5 y Nivel 6 en el Formulario del Plan.

    - Los medicamentos que no se mencionan en el Formulario del Plan no son considerados Servicios cubiertos.

    - Los medicamentos nuevos se excluyen del Formulario 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 regulaciones de implementación de la FDA en la Parte 316 de la Sección 21 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).

    - Solo los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios relacionados con la Atención de emergencia o 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 provistos por una farmacia dentro de la red 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 de administración de fármacos Thomson Micromedex Drug Dex.

(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 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.

- No puede resurtir una receta hasta que hayan pasado tres cuartos del período o 21 días de una receta de 30 días que la receta tenía la intención de cubrir, o cuando el período completo haya pasado que la receta tenía la intención de cubrir si se aplican límites de cantidad.

  - El requisito de resurtido anterior es verdadero, excepto durante un estado de emergencia o desastre declarado por el gobierno en el condado en el que reside. Un resurtido de una receta con limitaciones de cantidad puede tener en cuenta el uso de dosis proporcional antes del desastre.

- Los medicamentos para los que está disponible un equivalente genérico se surtirán con un equivalente genérico aprobado. 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. 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.

La diferencia no se aplicará al Deducible ni al desembolso máximo.

- Cobertura para una renovación de gotas oftálmicas con receta si i) 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 distribuyó el medicamento con receta original al asegurado o la fecha en que se distribuyó la última renovación de dicho medicamento para el asegurado y ii) el medicamento con 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 con receta si i) el asegurado o el Proveedor de atención médica solicitan un frasco en el momento de surtir el medicamento con receta original y ii) el medicamento con receta original establece que el asegurado necesita un frasco adicional para su uso en un centro de atención diurna, una escuela o un programa de día 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 o algoritmos de la terapia escalonada se desarrollan en función de los hallazgos médicos actuales, las etiquetas de medicamentos aprobados por la FDA y los costos de medicamentos. Por lo general, la terapia escalonada se aplica a categorías terapéuticas que tengan múltiples agentes, eficacia terapéutica y utilización comparables y 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.

  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 Formulario del Plan están excluidos. Nos reservamos el derecho de modificar el Formulario del Plan periódicamente.

- Excepciones del formulario: 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 el Plan acepta su solicitud, cubriremos el medicamento que no pertenece al Formulario durante la vigencia de la receta. Si el Plan 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 Formulario 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 setenta y dos (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.

  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 formulario.

  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 Formulario 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 Formulario del Plan, comuníquese con Friday Care Crew al 844-465-5500.

14. Medicamentos orales 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 Formulario.

    Se cubre el 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 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 Formulario o manejo clínico apropiados a ningún medicamento descrito en esta sección.

15. Atención de rutina durante ensayos clínicos. Los Servicios cubiertos pueden ser elegibles para cobertura cuando se reciben en relación con un ensayo clínico (fases I-IV) 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 de ensayos 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 esta 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, Usted 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 directamente 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 las ramas 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 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. Servicios 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 regulaciones y los estatutos estatales y federales.

a) La cobertura de servicios transgénero puede incluir:

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

ii. Procedimientos quirúrgicos:

- 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, blefaroplastia, implante de pantorrilla, implantes de mejilla, mentón o nariz, inyecciones de colágeno, genioplastia, injertos de grasa, extracción de cabello (láser o electrólisis), injertos o trasplantes de cabello, lipectomía, reducción o mejora de labios, aumento o reconstrucción de mandíbula, osteoplastía facial, liposucción, restauración de la piel, lecciones de terapia de la voz.

17. Servicios por Disfunción sexual: esta Póliza proporciona Beneficios para ciertos servicios relacionados con el diagnóstico, tratamiento y corrección de cualquier causa subyacente de disfunción sexual para todos los Miembros.
18. Servicios relacionados con el linfedema: se proporciona cobertura para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento del linfedema. Estos servicios deben ser proporcionados por un terapeuta ocupacional o físico con licencia o un enfermero con licencia que tenga experiencia en proporcionar este tratamiento, u otro profesional de atención médica con licencia cuyo tratamiento del linfedema esté dentro del alcance de su práctica.

- Los Beneficios incluyen equipos, suministros y servicios Médicamente necesarios, como terapia descongestiva compleja o terapia y capacitación para el autocontrol. Las prendas de compresión de gradiente pueden cubrirse solo con una RECETA y cuando se adapten a la medida del paciente.

- Los Beneficios por linfedema excluyen productos de compresión de venta libre, rodillera elástica u otros productos de medias.

U. ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO

1. Atención de urgencia. El Plan cubrirá la atención de urgencia que se proporciona a un Inscrito fuera del Área de servicio (por un Proveedor que no sea participante). 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 Póliza.

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. El Plan 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 American Hospital” 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

2. 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. Los

servicios quiroprácticos se limitan a 30 visitas por año. Este límite de treinta (30) visitas incluye todas las visitas al quiropráctico, las visitas de rehabilitación física y las visitas para terapia ocupacional.

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

   a) Hipnoterapia

   b) Capacitación conductual

   c) Terapia del sueño

   d) Programas de pérdida de peso

   e) Servicios no relacionados con el tratamiento del sistema musculoesquelético

   f) Servicios de rehabilitación vocacional

   g) Termografía

   h) Aires acondicionados, purificadores de aire, colchones terapéuticos, suministros o cualquier otro dispositivo y aparato similares

   i) Costos de transporte en los que se incluyen cargos de ambulancia locales

   j) Vitaminas, minerales, suplementos alimenticios, medicamentos con receta u otros productos similares

   k) Programas educativos

   l) Capacitación no médica sobre la autogestión de la atención o la autoayuda

   m) Todas las pruebas de diagnóstico relacionadas con estos servicios excluidos

   n) IRM u otros tipos de radiología diagnóstica

   o) Fisioterapia o terapia de masajes que no sean parte del tratamiento quiropráctico

   p) Equipo médico duradero (DME) o suministros para su uso en el hogar

   q) 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 Póliza.

4. Trasplantes cocleares.

5. Procedimientos, tratamientos, dispositivos, productos o servicios de atención médica, quirúrgicos o médicos que sean experimentales o de investigación.
6. Servicios prestados por un Proveedor fuera de la red, excepto en el caso de una emergencia médica del Miembro, la necesidad del Miembro de atención de urgencia fuera del Área de servicio, los servicios no están razonablemente disponibles de un profesional/Proveedor de la red y el Plan proporciona una derivación al Proveedor fuera de la red o los servicios de un Proveedor fuera de la red se prestan junto con los servicios en un Centro dentro de la red.

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, que no sean Médicamente necesarios, cuando un Inscrito sea un paciente internado en un hospital.

9. Servicios de cualquier persona que no sea un Proveedor, un profesional 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 Carolina del Norte. 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. Acupuntura y acupresión, independientemente de que las brinde un médico o no.

11. Servicios prestados en relación con el tratamiento de dientes o encías, aumento o reducción 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 Póliza. Todos los servicios dentales no identificados en esta Póliza. Tratamiento de la enfermedad o el dolor relacionados con la disfunción de la articulación temporomandibular, excepto aquellos Servicios cubiertos específicamente en esta Póliza.

Anestesia general para procedimientos dentales, excepto aquellos Servicios cubiertos específicamente en esta Póliza.

12. 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.

13. Hogares de ancianos y atención de custodia.

14. Refracciones o exámenes oculares, excepto según se cubra específicamente en esta Póliza. Anteojos y todos los demás tipos de accesorios para la vista o aparatos correctivos para la vista, excepto aquellos cubiertos para niños menores de diecinueve (19) años. En esto se incluyen lentes de contacto, ejercicios para la visión, análisis visual, terapia o capacitación, queratoplastia radial, queratotomía fotorrefractiva y lensectomía clara.

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

16. 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.

17. 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.

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

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

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. Vacunas obligatorias por el propósito de viajar fuera de los Estados Unidos continentales.

25. Todas las afecciones relacionadas con el servicio militar.

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

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

28. 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.

29. Infertilidad/reproducción: los siguientes servicios de Infertilidad y reproducción no están cubiertos por el Plan:

    - semen de donantes, óvulos de donantes y servicios relacionados con su obtención y almacenamiento;
    - procedimientos de GIFT;
    - espumas y condones;
    - servicios y suministros relacionados con la concepción por medios artificiales. Se

trata de los medicamentos recetados relacionados con dichos servicios, por ejemplo, la fecundación in vitro, los trasplantes de embriones u óvulos, las transferencias intrafalopianas de gametos y las transferencias intrafalopianas de cigotos.

Estas exclusiones se aplican a personas o parejas fértiles e infértiles.

- Servicios de salud y gastos asociados para tratamientos de Infertilidad, incluida la tecnología de reproducción asistida, independientemente del motivo del tratamiento. Esta exclusión no se aplica a los servicios requeridos para tratar o corregir las causas subyacentes de la Infertilidad.

- Madres sustitutas, óvulos de donantes, esperma de donantes y útero huésped.

- Almacenamiento y recuperación de todos los materiales reproductivos. Los ejemplos incluyen óvulos, esperma, tejido testicular y tejido ovárico.

- Cirugía de reducción fetal.

- Pruebas genéticas de embriones antes o después de la implantación.

30. Complicaciones causadas por el tratamiento de la Infertilidad.

31. Abortos provocados, excepto cuando el embarazo es resultado de una violación, incesto o la vida de la madre está en peligro por un trastorno físico, enfermedad física o lesión física, incluida una afección física que pone en peligro la vida causada por el embarazo en sí o que surge de él.

32. Servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para la obesidad, Servicios no cubiertos relacionados con la obesidad, servicios educativos para la pérdida de peso, suplementos alimenticios, cirugía de pérdida de peso o complicaciones causadas por dicha cirugía, excepto según se cubre específicamente en el presente documento.

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

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

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

36. Trasplantes desaprobados por el comité de evaluación apropiado.

37. 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.

38. Diagnóstico y tratamiento para el retraso mental, trastornos de aprendizaje o del comportamiento, problemas psicosociales, 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.

39. 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.

40. Servicios de rehabilitación a largo plazo.

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

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

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

44. Cargos de bancos de huesos y ojos.

45. Orientación o capacitación en relación con asuntos sexuales, maritales u ocupacionales.

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

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

48. Servicios prestados por una persona que vive en el hogar del Inscrito. Servicios prestados por un familiar inmediato del Inscrito.

49. 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).

50. Medicamentos de venta libre que no sean insulina.

51. Determinados inyectables obtenidos a través de una farmacia (que no sea insulina), excepto los cubiertos en el Formulario o los establecidos de otro modo en esta Póliza.

52. Medicamentos recetados que tienen un equivalente de venta libre (p. ej., Monistat 7, Disobrom, etc.), excepto que estén cubiertos en el formulario.

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

54. Los medicamentos o las inyecciones para el tratamiento de la Infertilidad involuntaria no están cubiertos, excepto según lo cubierto en el Formulario o según se indique de otro modo en esta Póliza.

55. Los medicamentos abortivos no están cubiertos, a menos que sean Médicamente necesarios o que estén cubiertos de otro modo en la Póliza o en el formulario.

56. Los medicamentos recetados/compuestos no están cubiertos.

57. Medicamentos sin indicaciones aprobadas.

58. Agentes de vacunas, sueros biológicos y medicamentos con receta surtidos por farmacias de Proveedores que no sean participantes.

59. 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.

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

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

62. Análisis capilar.

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 Usted 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 DE PRIMAS DE TERCEROS PAGADORES

El Plan requiere que cada titular de la Póliza pague sus Primas aplicables y, en general, no acepta pagos de terceros pagadores. De acuerdo con las pautas federales, los siguientes son los únicos terceros pagadores aceptables que pueden pagar Primas en su nombre:

- Un programa Ryan White de VIH/SIDA bajo el título XXVI de la Ley de Servicios de Salud Pública.
- Una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana.
- Programas del gobierno estatal y federal.
- Miembros de la familia.

El Plan no aceptará pagos de terceros pagadores que no sean los mencionados anteriormente.

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 por los servicios de atención médica que reciba de un Proveedor de atención médica que no sea un Proveedor participante y por aquellos que se brindaron sin una Autorización previa del Plan. En la mayoría de los casos, los servicios que no califican como Servicios cubiertos, los servicios que recibió de un Proveedor que no sea participante o los servicios prestados sin una Autorización previa 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.

DERECHOS DE RECUPERACIÓN DEL PLAN

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 a su Proveedor de atención médica).

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. Usted será responsable de su Deducible anual, Copagos y Coseguro. El Proveedor de atención médica puede hacerlo porque la información del Plan figura en su tarjeta de identificación. Aunque, por lo general, se le exige que pague Copagos al momento de la prestación del servicio, cualquier cargo por el Deducible o Coseguro se facturará al Miembro en una fecha posterior. La factura del Proveedor por el Deducible o Coseguro debe verificarse contra la Explicación de beneficios que Usted recibirá del Plan una vez que el Plan complete su adjudicación del Reclamo. Si existe una discrepancia entre los cargos de la factura del Proveedor y su Explicación de beneficios, comuníquese con Friday Care Crew para analizarlo.

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, debe enviar un Aviso de reclamo por escrito al Plan. Este documento debe contener información suficiente para identificar al asegurado y una breve declaración sobre el reclamo. El Aviso de reclamo por escrito debe entregarse al Plan dentro de los veinte días posteriores a la ocurrencia o al comienzo de cualquier pérdida cubierta por la Póliza, o tan pronto como sea lógicamente posible. 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 Usted 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 Aviso de reclamo por escrito ante el Plan y adjuntar la factura que recibe del Proveedor. Si presenta su reclamo de

manera oportuna, el Plan le pagará al Proveedor de atención médica
los Servicios cubiertos que se proporcionaron a la tarifa contratada con el Proveedor. Sin embargo, el Plan no pagará los montos de Copago, Coseguro ni Deducible que Usted deba abonar al Proveedor de atención médica.

FORMULARIO DE RECLAMO

El Plan, al recibir un aviso de reclamo, proporcionará al reclamante los formularios que normalmente proporciona para presentar las pruebas de pérdida. Si dichos formularios no se entregan dentro de los quince días posteriores a la presentación del Aviso de reclamo por escrito por parte del asegurado, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de esta Póliza en cuanto a prueba de pérdida al presentarlos, dentro del tiempo fijado en la Póliza para la presentación de pruebas de pérdida, prueba escrita que cubra el hecho, el carácter y el alcance de la pérdida por la que se reclama.

PLAZOS Y CONTENIDOS DEL RECLAMO

Si presenta un reclamo ante el Plan, debe hacerlo en el término de ciento ochenta (180) 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 of North Carolina, Inc.
Attention: Claims Director
700 Main Street,
Alamosa, CO 81101
questions@fridayhealthplans.com

Todos los reclamos carentes de irregularidades se aprobarán o rechazarán dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a su recepción por el Plan si se presentan por cualquier medio.

Si un reclamo requiere información adicional (no es un reclamo limpio), 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 noventa (90) días, se podrían rechazar los reclamos.

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 ciento ochenta (180) días requerido, se rechazará dicho reclamo. Si no es razonablemente posible presentar las reclamaciones dentro de los 180 días, debe presentarlas a más tardar 1 año antes, a menos que no haya capacidad legal del asegurado.

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/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 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 deben 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

El Plan permite un período de gracia de treinta y un (31) días para el pago de sus Primas. El Plan continuará pagando sus Servicios cubiertos durante este período de gracia. Si recibe adelantos de primas, el Plan permitirá un período de gracia de tres (3) meses. Durante el primer mes de este período de gracia, el Plan continuará pagando sus Servicios cubiertos, pero, durante el segundo y tercer mes de dicho período de gracia, el Plan no pagará sus Servicios cubiertos y estos servicios se pagarán únicamente después de que se hayan pagado las primas para este período. 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 Usted 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. Dichos límites se describen en esta Póliza.

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 North Carolina, 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:

- Al completar su evaluación de riesgos para la salud. Nuestra revisión de la información de reclamos.

- Por medio de una derivación de un gerente de la atención hospitalaria o uno de sus Proveedores, o 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 844-465-5500.

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 dicha 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 del Plan en el Kit de bienvenida enviado a suscriptores al momento de la inscripción. Puede solicitar una copia del Aviso de privacidad del Plan en cualquier momento.

ESTADO DE SALUD

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

ELEGIBILIDAD PARA MEDICARE

Si Usted o un Dependiente tiene derecho a Medicare y está inscrito en Medicare o si un Miembro de esta Póliza se vuelve elegible y está inscrito en Medicare por motivos de edad, discapacidad, enfermedad renal en etapa terminal o cualquier otra categoría de elegibilidad, consideraremos lo que Medicare pagará en la medida permitida por la ley. Esto significa que determinaremos la cobertura y el pago disponibles para el Miembro después de restar los montos que pagará Medicare.

REEMBOLSO DE MEDICAID

El monto proporcionado o pagadero en virtud de esta Póliza no se modificará ni limitará por el motivo por el que una Persona cubierta sea elegible para la cobertura en virtud del programa Medicaid del estado en el que vive.

Pagaremos los Beneficios de esta Póliza al estado si:

- un Miembro es elegible para recibir cobertura en virtud del programa Medicaid de su estado; y

- el Plan recibe la prueba de pérdida adecuada y notifica que se ha realizado el pago de los gastos de Servicios cubiertos en virtud de ese programa.

Nuestro pago al estado se limitará al monto pagadero en virtud de esta Póliza por los gastos de Servicios cubiertos por los cuales se adeuda el reembolso. El pago en virtud de esta disposición se

realizará de buena fe y cumplirá con nuestra responsabilidad en la medida de dicho pago.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

La continuidad de la atención puede estar disponible para Miembros con una afección especial en curso que incluye:

- En el caso de una enfermedad aguda, una afección que sea lo suficientemente grave como para requerir atención médica o tratamiento para evitar una posibilidad razonable de muerte o daño permanente.

- En el caso de una enfermedad o afección crónica, una enfermedad o afección que sea potencialmente mortal, degenerativa o incapacitante, y que requiera atención médica o tratamiento durante un período prolongado.

- En el caso de embarazo, embarazo desde el comienzo del segundo trimestre.

- En el caso de una enfermedad terminal, una persona tiene un pronóstico médico de que la expectativa de vida de la persona es de seis meses o menos.

Si Usted está recibiendo tratamiento para una de estas afecciones especiales en curso en el momento en que se rescinde el contrato entre el Plan y el Proveedor tratante y Usted ha presentado un reclamo por los servicios prestados por el Proveedor rescindido o sabemos que Usted es paciente del Proveedor rescindido, le notificaremos oportunamente la rescisión y el derecho a elegir la continuación de la cobertura del tratamiento por parte del Proveedor. Continuará recibiendo tratamiento hasta noventa (90) días después de que le notifiquemos la rescisión del Proveedor.

Si Usted está recibiendo tratamiento de un Proveedor para una afección especial en curso y está recientemente cubierto en virtud de esta Póliza, le notificaremos en su fecha de inscripción su derecho a elegir continuar el tratamiento con el Proveedor que actualmente trata su afección especial en curso. Continuará recibiendo tratamiento hasta noventa (90) días después de inscribirse en esta Póliza.

Si se sometió a una cirugía, trasplante de órganos o recibió otra atención para pacientes hospitalizados programada antes de la rescisión del Proveedor o su inscripción reciente en esta Póliza, o si figuraba en una lista de espera establecida a la fecha de notificación de la cancelación o inscripción del Proveedor, podrá continuar viendo al Proveedor hasta la fecha del alta después de la finalización de la cirugía, trasplante u otra atención para pacientes hospitalizados y a través de la atención de seguimiento posterior al alta hospitalaria relacionada con la cirugía, trasplante u otro tipo de atención para pacientes hospitalizados dentro de los 90 días posteriores a la fecha del alta hospitalaria.

Si Usted está en su segundo trimestre de embarazo cuando su Proveedor fue dado de baja o si es un Miembro recientemente inscrito, podrá continuar viendo al Proveedor tratante durante sesenta (60) días de atención posparto.

Si se determinó que tenía una enfermedad terminal al momento de la rescisión de un Proveedor o

cuando se inscribió en esta Póliza y el Proveedor estaba tratando la enfermedad terminal antes de la fecha de finalización o inscripción, podrá continuar viendo al Proveedor tratante durante el resto de su vida con respecto a la atención directamente relacionada con el tratamiento de la enfermedad terminal o sus manifestaciones médicas.

SECCIÓN 12: RESCISIÓN, NO RENOVACIÓN, CONTINUACIÓN

RESCISIÓN DE LA COBERTURA DEL PLAN

RENOVACIÓN GARANTIZADA

Salvo lo dispuesto en la sección Fin de su cobertura a continuación, el Plan renovará o mantendrá la vigencia de la cobertura a elección de la persona.

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.
- Usted finaliza su cobertura en el Plan con la notificación adecuada al Plan o a healthcare.gov; la cobertura finalizará el primer día del mes posterior a la recepción por parte del Plan de su notificación por escrito para cancelar.
- Cambia de un Plan de healthcare.gov 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 la cobertura.
- El Plan se rescinde o healthcare.gov lo “descertifica”.
- Cuando el Plan deja de ofrecer este tipo de Plan a todas las personas.
- Cuando el Plan abandona el mercado individual.
- 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. El Plan 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 el Plan no recibe la tarifa de Prima modificada dentro de los treinta (30) días de la carta de notificación, la cobertura se rescindirá a la fecha de pago.
    - Para obtener una explicación de los requisitos de elegibilidad, consulte la Sección 4:

Elegibilidad, inscripción y fecha de entrada en vigencia.

FIN DE LA COBERTURA PARA SUS DEPENDIENTES CUBIERTOS

Por lo general, la cobertura de sus Dependientes cubiertos finaliza cuando termina la de Usted. Además, la cobertura de sus Dependientes cubiertos también finaliza si sucede 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

Certificado de cobertura acreditable

Si lo solicita, 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 North Carolina, 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;
- 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 finalizar 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 aviso con catorce (14) días de anticipación, la cobertura finalizará el primer día del mes posterior al mes en que Usted (o su Dependiente cubierto) solicite la finalización. Sin embargo, si Usted (o cualquier Dependiente cubierto) solicita una fecha de entrada en vigencia anticipada para la finalización y la Compañía de

seguro médico puede cumplir con dicha solicitud, dicha Compañía de seguro médico podrá proporcionar la finalización antes de que termine el período de catorce (14) días. 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.

Si Usted (o cualquier Dependiente cubierto) decide finalizar la cobertura en virtud del Plan, debe comunicarse con el Mercado para hacerlo. La fecha de entrada en vigencia de la finalización es asignada por el Mercado y el Plan cumplirá con esa fecha de entrada en vigencia de la finalización asignada. Si Usted (o cualquier Dependiente cubierto) solicita una fecha de entrada en vigencia más temprana de la finalización que no sea la fecha asignada por el Mercado, deberá apelar dicha fecha a través del proceso establecido por el Mercado, ya que esa fecha anterior estará sujeta a la aprobación del Mercado. Si el Mercado aprueba una fecha de entrada en vigencia más temprana, el Plan se actualizará para reflejar la nueva fecha de entrada en vigencia de la finalización. El Plan cumplirá con las fechas de entrada en vigencia más tempranas de la finalización siempre que sea posible y si es aprobado por el Mercado si Usted (o cualquier Dependiente cubierto) es elegible para Medicaid, otros programas financiados por el gobierno o un plan de salud básico (disponible para personas de bajos ingresos que no son elegibles para Medicaid), en cuyo caso el último día de cobertura del Plan es el día antes de que comience dicha cobertura.

El 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 que healthcare.gov le informa sobre dicha pérdida de elegibilidad, a menos que solicite 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 sobre su incumplimiento de pago. Durante el primer mes del período de gracia, el Plan continuará pagando sus Servicios cubiertos (y los de sus Dependientes cubiertos).

Sin embargo, el Plan puede dejar sin resolver (retener sin pagar) cualquier reclamo que reciba durante el segundo y tercer 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 Primas que requiere el Plan y Usted no recibe adelantos de Primas, el Plan

permitirá 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 sobre su incumplimiento de pago. Si no paga sus Primas pendientes dentro de ese período de gracia de treinta y un (31) días, la finalización de su cobertura (y la de sus Dependientes cubiertos) entrará en vigencia el primer día inmediatamente posterior a dicho período de gracia de 31 días.

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 proporcionará un aviso por escrito con treinta (30) días de anticipación de la Rescisión. 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 para 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 EN HEALTHCARE.GOV

Si Usted (o cualquier Dependiente cubierto) elige otro plan de healthcare.gov 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 finaliza 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, dicho Inscrito continuará recibiendo la cobertura del Plan durante el período de hospitalización, en la medida en que lo exija la ley.

CONTINUACIÓN
Si la elegibilidad de un Miembro en virtud de esta PÓLIZA terminara debido a la muerte del suscriptor, el divorcio o si otro(s) Miembro(s) se vuelve(n) inelegible(s) debido a la edad o ya no califica(n) como Dependientes para la cobertura en virtud de esta PÓLIZA, excepto por Su falta de pago de la Prima, el seguro del Miembro continuará si el Miembro ejerce el derecho de continuación, notifica al Plan y paga la Prima mensual correspondiente dentro de los sesenta (60) días siguientes de la fecha en la que esta PÓLIZA finalizaría de otro modo. La cobertura continuará sin evidencia de asegurabilidad.

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 por dificultades económicas necesarias para la cobertura catastrófica para personas mayores de 30 años.
- 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 Carolina del Norte 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 ley.

ABANDONO DEL MERCADO DE PLANES INDIVIDUALES

Tampoco se requerirá que la Compañía de seguro médico renueve la cobertura del Inscrito si decide interrumpir la oferta y la renovación de todos los planes individuales en el estado de Carolina del Norte y además realiza lo siguiente:

- Informa la decisión de interrumpir la cobertura al menos ciento ochenta (180) días antes de la interrupción a 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.

CONTINUACIÓN

Además, Usted o sus Dependientes, que la Administración del Seguro Social determine que están discapacitados, pueden ser elegibles para extender su período de dieciocho (18) meses de continuación de cobertura, por un máximo total de veintinueve (29) meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del sexagésimo (60) día de continuación de la cobertura y debe durar al menos hasta el final del período de dieciocho (18) meses de continuación de la cobertura. La Administración del Seguro Social debe proporcionar una notificación al Plan dentro de los sesenta (60) días de la determinación de la discapacidad y antes de la finalización del período original de dieciocho (18) meses de continuación de la cobertura. Además, se debe notificar al Plan dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de determinación de que la persona ya no es discapacitada o la fecha de la notificación inicial de este requisito de notificación, lo que ocurra en último término.

SECCIÓN 13: APELACIONES Y QUEJAS

APELACIONES INTERNAS Y PROCEDIMIENTOS DE QUEJA

Como Miembro de este Plan, Usted tiene derecho a presentar una apelación/Queja por cualquier problema que pueda tener con un servicio denegado, o cualquier decisión, póliza o acción del Plan que afecte su cobertura. Una **"Queja"** significa una reclamación por escrito presentada por una persona cubierta por cualquiera de los siguientes motivos:

- Las decisiones, políticas o acciones del Plan relacionadas con la disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de atención médica. Una reclamación por escrito presentada por una persona cubierta sobre una decisión tomada únicamente sobre la base de que el Plan de beneficios de salud contiene una exclusión de Beneficios para el servicio de atención médica en cuestión no es una Queja si la exclusión del servicio específico solicitado se establece claramente en la Póliza.
- Pago o manejo de reclamos; o reembolso por servicios.
- La relación contractual entre una persona cubierta y un asegurador.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Usted (o su representante autorizado) puede presentar voluntariamente una Queja siguiendo los procedimientos del Plan. Para comenzar el proceso de Quejas o para solicitar ayuda con dicho proceso, puede llamar a Servicios a los Miembros del Plan al 1-844-465-5500. El personal de servicio al cliente intentará resolver la Queja a su entera satisfacción. Si no recibe una resolución satisfactoria, tiene la opción de presentar una Queja por escrito para su revisión formal. El personal de Servicio al cliente puede ayudarle con el proceso de presentación de una Queja por escrito. También puede enviar su Queja por correo a la siguiente dirección:

Friday Health Plans of North Carolina, Inc.
Attention Grievance and Appeals Staff
700 Main Street
Alamosa, CO 81101
Fax: 844-280-1794

Correo electrónico: Appeals@fridayhealthpans.com

El Plan debe recibir su Queja por escrito dentro de los ciento ochenta (180) días después de que reciba el aviso del 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 Queja, 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 un Servicio cubierto (lo que significa que el beneficio se excluye de la cobertura), no está sujeto a los procedimientos de Quejas.

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS

QUEJA DE 1.ER NIVEL

Dentro de los tres (3) días hábiles de que el Plan reciba una Queja por escrito, se le proporcionará el nombre y la información de contacto del Miembro del personal del Plan que coordinará la revisión. También recibirá instrucciones sobre la presentación de material escrito. Si la Queja se refiere a un problema clínico, al menos un revisor debe ser un médico con la experiencia adecuada para evaluar el asunto.

FHP le informará una decisión por escrito dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción

de la Queja. La decisión escrita contendrá la siguiente información:

- Las calificaciones profesionales y la licencia de la persona o las personas que revisaron la Queja.

- Una declaración de la comprensión de la Queja por parte de los revisores.

- La decisión de los revisores y el fundamento de esa decisión, incluidas las secciones relevantes de la PÓLIZA u otros documentos del Plan.

- Una declaración clara de que la decisión es la determinación final del Plan.

- Si la Queja es sobre la autorización de un servicio o suministro, la decisión por escrito incluirá una declaración de que Usted tiene derecho a solicitar una revisión externa.

- Aviso de disponibilidad para comunicarse con el Comisionado de Seguros de Carolina del Norte para obtener asistencia. El aviso debe incluir la siguiente información:

The North Carolina Department of Insurance
P.O. Box 26387, Raleigh, NC 27611
Número de teléfono: 1-800-546-5664

En el caso de una Queja relacionada con la calidad de la atención clínica, el Plan acusará recibo de la Queja en un plazo de diez (10) días hábiles a partir de la recepción de la Queja. Las Quejas sobre la calidad de la atención no son elegibles para una revisión de segundo nivel. Por lo tanto, los problemas de calidad de la atención se consideran finales una vez que se completa la revisión de primer nivel.

Queja de 2.do nivel

FHP ha establecido un proceso de revisión de Quejas de segundo nivel para los Miembros que no están satisfechos con la decisión de revisión de Quejas de primer nivel. Un Miembro o el Proveedor del Miembro que actúa en nombre del Miembro puede presentar una Queja de segundo nivel.

- FHP dará a conocer al Miembro lo siguiente dentro de los 3 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de revisión de una Queja de segundo nivel:

  - El nombre, la dirección y el número de teléfono de una persona designada para coordinar la revisión de la Queja para el Plan.
  - Una declaración de los derechos de un Miembro, que incluyen el derecho a solicitar y recibir del Plan toda la información relevante para el caso; asistir a la revisión de Quejas de segundo nivel; presentar su caso al panel de revisión; presentar materiales de respaldo antes y en la reunión de revisión; hacer preguntas a cualquier miembro del panel de revisión; y ser asistido o representado por una persona de su elección, qué persona puede ser sin limitación a: un Proveedor, familiar, representante del empleador o abogado. Si el Miembro elige ser representado por un abogado, el Plan también puede ser representado por un abogado.

- La disponibilidad de asistencia de Health Insurance Smart NC, incluido el número de teléfono y la dirección del Programa.

- El Plan convocará a un panel de revisión de Quejas de segundo nivel para cada solicitud. El panel estará compuesto por personas que no estuvieron involucradas previamente en ningún asunto que dé lugar a la Queja de segundo nivel, que no sean empleados del Plan y que no tengan un interés financiero en el resultado de la revisión. Una persona que estuvo involucrada anteriormente en el asunto puede aparecer ante el panel para presentar información o responder preguntas. Todas las personas que revisen una Queja de segundo nivel que involucre una no certificación o un problema clínico serán Proveedores que tengan la experiencia adecuada, incluido al menos un colega clínico. Siempre y cuando, sin embargo, en un panel de revisión de Quejas de primer nivel se pueda contar con uno de los empleados del Plan en el panel de revisión de Quejas de segundo nivel en el mismo asunto si el panel de revisión de Quejas de segundo nivel comprende a tres o más personas.

Procedimientos de revisión de Quejas de segundo nivel

Los procedimientos del Plan para llevar a cabo una revisión de Quejas de segundo nivel incluyen:

- El panel de revisión programará y llevará a cabo una reunión de revisión en un plazo de 15 días después de recibir una solicitud de revisión de segundo nivel.
- Se notificará al Miembro por escrito al menos 15 días antes de la fecha de la reunión de revisión.
- El derecho del Miembro a una revisión completa no estará condicionado a la comparecencia del Miembro en la reunión de revisión.

Decisiones de revisión de Quejas de segundo nivel

El Plan emitirá una decisión por escrito al Miembro y, si corresponde, al Proveedor del Miembro, dentro de los siete (7) días hábiles después de completar la reunión de revisión. La decisión incluirá:

- Las calificaciones profesionales y la licencia de los Miembros del panel de revisión.
- Una declaración de la comprensión del panel de revisión de la naturaleza de la Queja y todos los hechos pertinentes.
- La recomendación del panel de revisión al Plan y la justificación detrás de esa recomendación.
- Una descripción o referencia a la evidencia o documentación considerada por el panel de revisión al hacer la recomendación.
- La justificación de la decisión del Plan si difiere de la recomendación del panel de revisión.
- Aviso de la disponibilidad de asistencia de la oficina del Comisionado, incluido el número de teléfono y la dirección de la oficina del Comisionado.
- Aviso de disponibilidad de asistencia de Health Insurance Smart NC, incluido el número de teléfono y la dirección del Programa.

Procedimientos acelerados de segundo nivel

Se pondrá a disposición una revisión de segundo nivel acelerada cuando esté justificada desde el punto de vista médico, independientemente de si la revisión inicial fue acelerada o no. Cuando un Miembro es elegible para una revisión acelerada de segundo nivel, el Plan llevará a cabo el procedimiento de revisión y comunicará su decisión dentro de los cuatro (4) días después de

recibir toda la información necesaria. La reunión de revisión puede realizarse mediante una llamada telefónica en conferencia o a través del intercambio de información escrita.

El Plan no discriminará a ningún Proveedor en función de cualquier medida tomada por el Proveedor en nombre de un Miembro.

DERECHO A APELAR

El derecho a apelar se aplica a todas las no certificaciones. Una determinación de "no certificación" por parte de una aseguradora o su organización de revisión de utilización designada de que se ha revisado una admisión, disponibilidad de atención, permanencia continuada u otro servicio de atención médica y, en función de la información proporcionada, no cumple con los requisitos de la aseguradora para la necesidad médica, adecuación, entorno de atención médica, nivel de atención o efectividad, o no cumple con el estándar de una persona no experta prudente para la cobertura del servicio de emergencia
y, por lo tanto, el servicio solicitado se deniega, se reduce o finaliza en función de lo siguiente:

- Una 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 con licencia en el estado de Carolina del Norte, quien consultará con sus colegas clínicos (a menos que el médico sea un colega clínico) que también tengan licencia en el estado de Carolina del Norte. El médico y cualquier colega clínico, junto con el Comité de Apelaciones, serán personas que no estuvieron involucradas en la no certificación. Sin embargo, una persona que estuvo involucrada en esa decisión puede responder preguntas.

Las personas que revisan la apelación considerarán todos los comentarios, documentos, registros y otra información que haya presentado el Inscrito, incluso si la información no se consideró cuando se realizó la no certificación.

Dentro de los tres (3) días hábiles de que el Plan reciba una apelación por escrito, se le proporcionará el nombre y la información de contacto del miembro del personal del Plan que coordinará la revisión. También recibirá instrucciones sobre la presentación de material escrito.

El Plan le proporcionará una decisión por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la apelación. La decisión escrita contendrá la siguiente información:

- Las calificaciones profesionales y la licencia de la persona o personas que revisaron la

apelación.

- Una declaración de la comprensión de la Apelación por parte de los revisores.

- La decisión de los revisores y el fundamento de esa decisión, incluidas las secciones relevantes de la PÓLIZA u otros documentos del Plan.

- Una declaración clara de que la decisión es la determinación final del Plan.

- Si la Apelación es sobre la autorización de un servicio o suministro, la decisión por escrito incluirá una declaración de que Usted tiene derecho a solicitar una revisión externa.

- Aviso de disponibilidad para comunicarse con el Comisionado de Seguros de Carolina del Norte para obtener asistencia. El aviso debe incluir la siguiente información:

The North Carolina Department of Insurance
P.O. Box 26387, Raleigh, NC 27611
Número de teléfono: 1-800-546-5664

APELACIONES ACELERADAS

En ciertos casos, Usted puede solicitar por escrito o verbalmente que el proceso de apelación sea acelerado. Se puede solicitar una apelación acelerada en estos casos:

a. El plazo para el proceso de apelación regular pondría en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima o, en opinión de su médico, le causaría un dolor intenso que no puede manejarse sin los servicios solicitados.

b. Su apelación implica la no autorización de una hospitalización como paciente internado.

Si reúne los requisitos para una revisión acelerada, entonces puede solicitar una revisión externa acelerada del NCDOI. Para que Usted solicite una revisión externa acelerada del NCDOI, debe haber solicitado una apelación acelerada del Plan.

Uno de los médicos del Plan con licencia en el estado de Carolina del Norte, en consulta con el médico tratante, decidirá si es necesaria una apelación acelerada. Cuando se agiliza una apelación, consultaremos a un médico que tenga licencia para ejercer la medicina en Carolina del Norte y responderemos oralmente con una decisión dentro de las setenta y dos (72) horas, y luego por escrito dentro de dos días hábiles o cuatro días calendario, lo que sea menor. Si la revisión acelerada es una determinación de revisión concurrente, Cigna seguirá siendo responsable de los servicios de atención médica hasta que el Miembro haya sido notificado de la determinación.
Las no certificaciones retrospectivas no son elegibles para un plazo acelerado.

Puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Carolina del Norte para obtener asistencia a:

North Carolina Department of Insurance

Health Insurance Smart NC
325 N. Salisbury St
Raleigh, NC 27699-1201
Teléfono: 1-919-807-6800
Teléfono: 1-855-408-1212 (línea sin cargo)
https://www.ncdoi.gov/consumers/health-insurance

PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN EXTERNA

La ley de Carolina del Norte establece la revisión de las decisiones de no certificación por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO) externa. El Departamento de Seguros de Carolina del Norte (North Carolina Department of Insurance, NCDOI) administra este servicio sin cargo para Usted, coordinando que una IRO revise su caso una vez que el NCDOI establezca que su solicitud está completa y es elegible para revisión. Usted o alguien que Usted haya autorizado para representarlo puede solicitar una revisión externa. El Plan le notificará por escrito su derecho a solicitar una revisión externa cada vez que Usted:

- reciba una decisión de no certificación, o
- reciba una decisión de apelación que respalde una decisión de no certificación, o
- reciba una decisión de revisión de Queja de segundo nivel que respalde la no certificación original.

Para que su solicitud sea elegible para una revisión externa, el NCDOI debe determinar lo siguiente:

- que su solicitud es sobre una determinación de necesidad médica que dio lugar a una decisión de no certificación;
- que Usted tenía cobertura con el Plan vigente cuando se emitió la decisión de no certificación;
- que el servicio para el cual se emitió la no certificación parece ser un servicio cubierto en virtud de su Póliza; y
- que ha agotado el proceso de revisión interna del Plan como se describe a continuación.

La revisión externa se realiza según un cronograma estándar y expedito, según cuál se solicite y si las circunstancias médicas cumplen con los criterios para la revisión acelerada.

Para una revisión externa estándar, se considerará que ha agotado el proceso de revisión interna si ha:

- completado el proceso de apelación del Plan y ha recibido una determinación por escrito sobre la apelación del Plan, o
- presentado una apelación y, excepto en la medida en que Usted haya solicitado o aceptado una demora, no haya recibido la decisión escrita del Plan sobre la apelación dentro de los 60 días de la fecha en que Usted puede demostrar que presentó la solicitud, o
- recibido una notificación de que el Plan ha acordado renunciar al requisito de agotar el proceso de apelación interna.

Si su solicitud de una revisión externa estándar está relacionada con una no certificación retrospectiva (una no certificación que se produce después de haber recibido los servicios en cuestión), no será elegible para solicitar una revisión estándar hasta que haya completado la revisión interna del proceso del Plan y haya recibido una determinación final por escrito del Plan.

Si desea solicitar una revisión externa estándar, Usted (o su representante) debe realizar esta solicitud al NCDOI dentro de los 120 días de recibir el aviso del Plan de determinación final de que los servicios en cuestión no están aprobados. Al procesar su solicitud de revisión externa, el NCDOI

le exigirá que proporcione al NCDOI una autorización por escrito y firmada para la divulgación de cualquiera de sus registros médicos que pueda necesitar ser revisada con el fin de tomar una decisión sobre la revisión externa.

Dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud de una revisión externa estándar, el NCDOI le notificará a Usted y a su Proveedor si su solicitud está completa y si es aceptada. Si el NCDOI le notifica que su solicitud está incompleta, debe proporcionar toda la información adicional solicitada al NCDOI dentro de los 150 días de la fecha de la notificación escrita de la determinación final del Plan. Si el NCDOI acepta su solicitud, el aviso de aceptación incluirá:

- el nombre y la información de contacto de la Organización de Revisión Independiente (IRO) asignada a su caso;
- una copia de la información sobre su caso que el Plan le ha proporcionado al NCDOI;
- un aviso de que el Plan le proporcionará a Usted o a su representante autorizado una copia de los documentos y la información considerados para tomar la decisión de rechazo (que también se enviará a la IRO); y
- una notificación de que puede enviar información adicional por escrito y documentación de respaldo relevante para la no certificación inicial a la IRO asignada dentro de los 7 días posteriores a la recepción del aviso de aceptación.

Si elige proporcionar cualquier información adicional a la IRO, también debe proporcionar esa misma información al Plan al mismo tiempo utilizando los mismos medios de comunicación (p. ej., debe enviar la información por fax al Plan si la envió por fax a la IRO). Cuando envíe información por fax al Plan, envíela al 1-844-280-1794. Si decide enviar su información por correo, envíela a:

Friday Health Plans of North Carolina
700 Main St
Alamosa, CO 81101

Tenga en cuenta que también puede proporcionar esta información adicional al NCDOI dentro del plazo de 7 días en lugar de enviarla directamente a la IRO y al Plan. El NCDOI enviará esta información a la IRO y al Plan en un plazo de dos días hábiles después de recibir su información adicional.

La IRO le enviará una notificación por escrito de su determinación dentro de los 45 días de la fecha en que el NCDOI recibió su solicitud de revisión externa estándar. Si la decisión de la IRO es revertir la no certificación, el Plan revertirá la decisión de no certificación dentro de los 3 días hábiles de haber recibido el aviso de la decisión de la IRO y proporcionará cobertura para el servicio o suministro solicitado que fue objeto de la decisión de no certificación. Si Usted ya no está cubierto por el Plan en el momento en que el Plan recibe la notificación de la decisión de la IRO de revertir la no certificación, el Plan solo proporcionará cobertura para aquellos servicios o suministros que Usted realmente recibió o hubiera recibido antes de la cancelación de la inscripción si el servicio no hubiera sido no certificado cuando se solicitó por primera vez.

Una revisión externa acelerada de una decisión de no certificación puede estar disponible si tiene una afección médica en la que se esperaría razonablemente que el tiempo requerido para completar una apelación interna acelerada o una revisión de Queja de segundo nivel o una revisión externa estándar ponga en grave peligro su vida o su salud, o que ponga en peligro su capacidad para recuperar su función máxima. Si cumple con este requisito, puede presentar una solicitud por escrito al NCDOI para una revisión acelerada después de que Usted:

- reciba una decisión de no certificación del Plan y presente una solicitud ante el Plan para una apelación acelerada, o
- reciba una decisión de apelación que respalde una decisión de no certificación.

También puede solicitar una revisión externa acelerada si recibe una decisión de apelación de primer nivel con respecto a una no certificación de admisión, disponibilidad de atención, estadía continuada o atención de emergencia, pero no ha sido dado de alta del centro para pacientes hospitalizados.

En consulta con un profesional médico, el NCDOI revisará su solicitud y determinará si califica para una revisión acelerada. Se les notificará a Usted y a su Proveedor en un plazo de 2 días si su solicitud es aceptada para una revisión externa acelerada. Si su solicitud no es aceptada para una revisión acelerada, el NCDOI puede: (1) aceptar el caso para una revisión externa estándar si el proceso de revisión interna del Plan ya se completó o (2) requerir la finalización del proceso de revisión interna del Plan antes de que Usted pueda realizar otra solicitud de revisión externa con el NCDOI. Una revisión externa acelerada no está disponible para las no certificaciones retrospectivas.

La IRO le comunicará su decisión dentro de los 3 días posteriores a la fecha en que el NCDOI recibió su solicitud de una revisión externa acelerada. Si la decisión de la IRO es revertir la no certificación, el Plan, en el plazo de un día después de recibir la notificación de la decisión de la IRO, revertirá la decisión de no certificación para el servicio o suministro solicitado que es el objeto de la decisión de no certificación. Si Usted ya no está cubierto por el Plan en el momento en que el Plan recibe la notificación de la decisión de la IRO de revertir la no certificación, el Plan solo proporcionará cobertura para aquellos servicios o suministros que Usted realmente recibió o hubiera recibido antes de la cancelación de la inscripción si el servicio no hubiera sido no certificado cuando se solicitó por primera vez.

La decisión de la revisión externa de la IRO es vinculante para el Plan y para Usted, excepto en la medida en que pueda tener otros recursos disponibles en virtud de la ley federal o estatal aplicable. No puede presentar una solicitud posterior para una revisión externa que involucre la misma decisión de no certificación para la cual ya ha recibido una decisión de revisión externa.

Para obtener más información sobre la revisión externa o para solicitar una revisión externa, comuníquese con el NCDOI al:

Por correo:
NC Department of Insurance
Health Insurance Smart NC
1201 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-1201
(fax)919-807-6865

En persona:
NC Department of Insurance
Albemarle Building
325 N. Salisbury St.
Raleigh, NC 27603
855-408-1212 (toll-free)

Formulario de solicitud e información de Smart NCpara revisión externa

El programa Health Insurance Smart NC también está disponible para brindar asistencia a los consumidores que deseen presentar una apelación o Queja ante su plan de salud.

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 Póliza, 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 un Año del plan, la Compañía de seguro puede cambiar el monto de la Prima que Usted debe si hay cambios en el número de sus Dependientes cubiertos, un cambio en la edad de cualquier Miembro que derive en una Prima más alta, cambios en su área de clasificación geográfica o cambios en el uso del tabaco por Usted o 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. Los cambios en la tasa de la Prima entrarán en vigencia el primer día del mes posterior al cambio, a menos que se indique lo contrario en el aviso de su Prima.

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 Póliza, tendrán los significados explicados en esta sección DEFINICIONES:

"Medicamento de atención preventiva según la ACA" es un medicamento que, según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA), puede tener un costo compartido limitado o de $0; ejemplos de categorías de medicamentos que pueden estar sujetos a un costo compartido limitado o de $0.

"Monto permitido" es el monto máximo que un plan pagará por un servicio de atención médica cubierto. También puede denominarse "gasto elegible", "asignación de pago" o "tarifa negociada".

Si su Proveedor cobra más que el monto permitido del plan, es posible que deba pagar la diferencia. (Consulte Facturación del saldo).

"Solicitud" hace referencia al Formulario utilizado por Georgia Health Insurance para recopilar su información y verificarla o la Aplicación individual uniforme del estado de Georgia (State of Georgia Uniform Individual Application).

"Facturación del saldo" hace referencia a cuando un Proveedor le factura la diferencia entre el cargo del Proveedor y el monto permitido. Por ejemplo, si el cargo del Proveedor es de $100 y el monto permitido es de $70, el Proveedor puede facturarle los $30 restantes. Es posible que un Proveedor preferido no le facture el saldo por los Servicios cubiertos.

"Beneficios" son los artículos o servicios de atención médica cubiertos por un plan de seguro médico. Los Beneficios cubiertos y los servicios excluidos se definen en los documentos de cobertura del plan de seguro médico. En Medicaid o CHIP, los Beneficios cubiertos y los servicios excluidos se definen en las reglas del programa estatal.

"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).

"Complicación del embarazo" significa una cesárea no programada (cesárea) o cualquier otra afección médica que surja debido a un embarazo de una Miembro o en conjunto con este, o inmediatamente después del embarazo.

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

- Resumen de beneficios y cobertura
- Formulario de solicitud de inscripción

- Tarjeta de identificación de Miembro

"Coseguro" es el porcentaje de costos de un servicio de atención médica cubierto que Usted paga (20 %, por ejemplo) después de haber pagado su Deducible.

"Copago" es un monto fijo ($20, por ejemplo) que Usted paga por un servicio de atención médica cubierto después de haber pagado su Deducible.

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

"Dependiente cubierto" hace referencia a cualquier Hijo o Cónyuge que esté inscrito en el Plan.

"Servicios cubiertos" 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" es el monto que Usted paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan de seguro comience a pagar. Con un Deducible de $2,000, por ejemplo, Usted paga los primeros $2,000 de Servicios cubiertos.

"Dependiente" es un Hijo u otra persona para la cual un padre, familiar u otra persona puede reclamar una deducción del impuesto de exención personal. Conforme a la Ley del Cuidado de Salud Asequible, las personas pueden reclamar un Crédito fiscal de prima para ayudar a cubrir el costo de la cobertura para sí mismas y sus Dependientes.

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

"Póliza" (EOC) se refiere 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 médicas 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 neto 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”.

El “Plan” hace referencia a Friday Health Plans of North Carolina, Inc., que es la organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), mediante la cual Usted está asegurado.

“Formulario” es la lista de medicamentos recetados cubiertos por un plan de medicamentos recetados u otro plan de seguro que ofrece Beneficios de medicamentos recetados. También se denomina “lista de medicamentos”.

“HHS” hace referencia al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

“Queja” es una reclamación que Usted comunica a su Compañía de seguros o plan de salud.

El “Director médico” es la persona que el Plan eligió como responsable de tomar 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.

“Afección médica de emergencia” significa una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente, incluidos, entre otros, dolor intenso o por síntomas agudos que se desarrollan a partir de una afección médica crónica que llevaría a una persona no experta prudente, que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, a esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata dé lugar a cualquiera de las siguientes situaciones:

- Grave peligro para la salud de una persona o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido.

- Deterioro grave de las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

"Infertilidad" significa la incapacidad después de 12 meses consecutivos de intentos fallidos de concebir un Hijo a pesar de la exposición regular de los órganos reproductores femeninos a esperma viable.

"Médicamente necesarios" son servicios o suministros médicos

- proporcionados para el diagnóstico, tratamiento, cura o alivio de una afección médica, enfermedad o lesión; y, excepto según lo permitido en virtud de GS 58-3-255, no para fines experimentales, de investigación ni estéticos.
- Necesarios y adecuados para el diagnóstico, tratamiento, cura o alivio de una afección médica, enfermedad, lesión o sus síntomas.
- Dentro de los estándares generalmente aceptados de atención médica en la comunidad.
- No solo para la conveniencia del asegurado, la familia del asegurado o el Proveedor.

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

"Portal para miembros": como Miembro del Plan, 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 en el 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.

"Cobertura esencial mínima" es cualquier plan de seguro que cumple con el requisito de la Ley de Cuidado de Salud Asequible para tener cobertura de salud. Para evitar la sanción por no tener seguro para los planes 2018 y anteriores, debe estar inscrito en un plan que califique como cobertura esencial mínima (a veces denominada "cobertura de salud que califica"). Algunos ejemplos de planes que califican incluyen: planes del Mercado; planes subsidiados por el empleador; Medicare; y Medicaid y CHIP.

"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 tal 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” es el período anual en el que las personas pueden inscribirse en un plan de seguro médico.

“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. El Plan tiene tarifas contractuales con estos Proveedores mediante un sistema de tarifa por servicio. Proveedor participante significa lo mismo que Proveedor de la red.

“Plan” es un Beneficio que su empleador, sindicato u otro patrocinador grupal le proporciona para pagar sus servicios de atención médica.

“Año del plan” es un período de 12 meses de cobertura de Beneficios en virtud de un plan de salud grupal. Este período de 12 meses puede no ser el mismo que el año calendario. Para averiguar cuándo comienza el Año de su plan, puede consultar los documentos de su plan o consultar a su empleador. (Nota: Para las Pólizas de seguro de salud individuales, este período de 12 meses se denomina “Año de la póliza”).

“Prima” es el monto que Usted paga por su seguro de salud cada mes. Además de su Prima, generalmente tiene que pagar otros costos por su atención médica, incluido un Deducible, Copagos y Coseguro. Si tiene un plan de salud del Mercado, es posible que pueda reducir sus costos con un crédito fiscal para la Prima.

“Crédito fiscal para las Primas”
Es un crédito fiscal que puede usar para reducir su pago mensual del seguro (llamado su “Prima”) cuando se inscribe en un plan a través del Health Insurance Marketplace®. Su crédito fiscal se basa en la estimación de ingresos y la información del hogar que publicó en su solicitud del Mercado.

“Proveedor de atención primaria” es un médico (M.D.: médico o D.O.: médico de medicina osteopática), enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a diversos servicios de atención médica.

“Autorización previa” es la aprobación de un plan de salud que puede ser necesaria antes de que reciba un servicio o surta una receta para que el servicio o la receta estén cubiertos por su plan.

“Autorización previa por escrito” es la prueba de la Autorización previa otorgada por el Plan.

“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” es la cancelación retroactiva de una Póliza de seguro de salud. Las compañías de seguros a veces cancelarán retroactivamente toda su Póliza si cometió un error en su solicitud inicial cuando compre una póliza de seguro del mercado individual. Conforme a la Ley del Cuidado

de Salud Asequible, la rescisión es ilegal, excepto en casos de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales según lo prohíban los términos del plan o la cobertura.

"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" es el área geográfica en la que un plan de seguro de salud acepta Miembros si limita la membresía en función del lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El Plan puede finalizar su cobertura si se muda fuera del Área de servicio del plan.

"Disfunción sexual" es cualquiera de un grupo de trastornos sexuales caracterizados por la inhibición del deseo sexual o de los cambios psicofisiológicos que generalmente caracterizan la respuesta sexual. Incluyen trastorno de excitación sexual femenina, trastorno eréctil masculino y trastorno del deseo sexual hipoactivo.

"Especialista" es un médico especialista que se centra en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones. Un especialista no médico es un Proveedor que tiene más capacitación en un área específica de atención médica.

"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 al PLAN 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 el Plan al 844-521-7999.

"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 el Plan al 844-521-7999.

"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 durar 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 un lugar distante. En el término “Telesalud”, no se incluye la prestación de servicios de atención médica por teléfono, fax o sistemas de correo electrónico.

“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.