Friday Health Plans of Oklahoma, Inc.
700 Main Street
Alamosa, Colorado 81101
Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2021

MERCADO FEDERAL
MERCADO INDIVIDUAL DEL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE OKLAHOMA
PÓLIZA MÉDICA Y HOSPITALARIA

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 10 días a partir de la fecha de entrega, para obtener el reembolso íntegro de las Primas pagadas.
Friday Health Plans of Oklahoma, Inc. es un emisor de planes de salud calificados en el Mercado Federal de Seguros de Salud (Federal Health Insurance Marketplace) (healthcare.gov)

PÓLIZA DE UNA ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO)

AVISO

La Prima puede aumentar en la Fecha de renovación de esta Póliza; esta Póliza puede estar sujeta a no renovación para Dependientes que superen el límite máximo de edad para Dependientes. Consulte la sección QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS de este contrato para obtener más información. En caso de un aumento de la tarifa, le notificaremos por escrito el aumento al menos sesenta (60) días antes de que el aumento entre en vigencia, lo que incluirá el monto en dólares de la Prima antes y después del cambio, y el cambio porcentual entre los dos.

ESTA PÓLIZA NO ES UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICARE. Si Usted es elegible para Medicare, revise la Guía de seguro de salud para personas con Medicare disponible en la compañía.

ESTA NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE INDEMNIZACIÓN LABORAL. EL EMPLEADOR NO SE CONVIERTE EN SUSCRIPTOR DEL SISTEMA DE INDEMNIZACIÓN LABORAL AL COMPRAR ESTA PÓLIZA, Y SI EL EMPLEADOR NO ES SUSCRIPTOR, EL EMPLEADOR PIERDE AQUELLOS BENEFICIOS QUE DE OTRO MODO SE ACUMULARÍAN EN VIRTUD DE LAS LEYES DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LA LEY DE INDEMNIZACIÓN LABORAL EN LO QUE RESPECTA A LOS NO SUSCRIPTORES Y LAS NOTIFICACIONES REQUERIDAS QUE DEBEN PRESENTARSE Y PUBLICARSE.

¿TIENE UNA RECLAMACIÓN O NECESITA AYUDA?

Si tiene un problema con un reclamo o con Su Prima, llame primero a Su compañía de seguros o a la HMO. Si no puede resolver el problema, es posible que el Departamento de Seguros de Oklahoma pueda ayudarlo.

Incluso si presenta una reclamación ante el Departamento de Seguros de Oklahoma, también debe presentar una queja o apelación a través de Su compañía de seguros o HMO. Si no lo hace, puede perder su derecho a apelar.

Friday Health Plans of Oklahoma, Inc.
Para obtener información o presentar una reclamación ante su compañía de seguros, llame al:
Línea gratuita: 1-844-817-1600

El Departamento de Seguros de Oklahoma
Para obtener ayuda con una pregunta sobre el seguro o presentar una reclamación ante el estado:
Llame si tiene alguna pregunta: 1-800-522-0071 o 405-521-2828
Correo postal: 3625 NM 56th Street, Suite 100
Oklahoma City, OK 73112

SECCIÓN 1: PORTADA (PRIMERA PÁGINA)

Friday Health Plans of Oklahoma, Inc.

MERCADO FEDERAL DE SEGUROS DE SALUD
MERCADO INDIVIDUAL DEL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE OKLAHOMA
PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DEL PLAN MÉDICO Y HOSPITALARIO

Esta es una Póliza de seguro renovable garantizada. Consulte el texto “DERECHOS DE RENOVACIÓN” en la sección FINALIZACIÓN/NO RENOVACIÓN/CONTINUACIÓN de este documento para obtener más información.

SECCIÓN 2: COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

MERCADO FEDERAL DE SEGUROS DE SALUD: 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 Plans of Oklahoma, Inc. (el "Plan").

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 la EOC. Por lo general, si se utiliza un término con mayúscula inicial en esta EOC, tendrá el significado establecido en la sección Definiciones. Sin embargo, algunos términos en mayúsculas pueden definirse en las secciones de esta EOC en las que se utilizan.

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

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

O comuníquese con nosotros por teléfono llamando al: 1-844-817-1600

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

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

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Friday Health Plans of Oklahoma, Inc.:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con Friday Care Crew (Servicio al cliente) al 1-844-817-1600.

Si considera que Friday Health Plans of Oklahoma, Inc. no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Friday's Chief Compliance Officer
700 Main Street
Alamosa, CO 81101
Teléfono confidencial: 1-844-817-1600 (TTY: 1-800-659-2656)
Correo electrónico: 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) o por correo postal a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue
SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Por teléfono: 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: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-817-1600.

Vietnamita: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-817-1600.

Chino: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-817-1600.

Coreano: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-696-6775 번으로 전화해 주십시오.844-817-1600

Ruso: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-817-1600.

Árabe: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم 844-817-1600
لحق ديك ا Friday Health Plans 844-817-1600 وص سئلة بخصـ ده أ ص تساع دى شخ ديك أو لـ ن لـ إن كا

Alemán: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-817-1600 .

Francés: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-817-1600.

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

Polaco: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer: 844-817-1600

Portugués: I cumpre as leis de direitos civis federais aplicáveis e não exerce discriminação com base na raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. HHS não exclui ou trata de forma diferente devido à raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo.844-817-1600.

Italiano: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 844-817-1600.

Japonés: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。844-817-1600 まで、お電話にてご連絡ください。

SECCIÓN 3: ÍNDICE

SECTION 1: TITLE PAGE (COVER PAGE) 4

SECTION 2: CONTACT US 5

SECTION 3: TABLE OF CONTENTS 8

SECTION 4: ELIGIBILITY, ENROLLMENT AND EFFECTIVE DATE 9

SECTION 5: THE HMO NETWORK 16

SECTION 6: HOW TO ACCESS YOUR SERVICES AND OBTAIN APPROVAL OF BENEFITS 20

SECTION 7: BENEFITS/COVERAGE (WHAT IS COVERED) 28

SECTION 8: LIMITATIONS/EXCLUSIONS (WHAT IS NOT COVERED) 65

SECTION 9: MEMBER PAYMENT RESPONSIBILITY 70

SECTION 10: CLAIMS PROCEDURE (HOW TO FILE A CLAIM) 79

SECTION 11: GENERAL POLICY PROVISIONS 83

SECTION 12: TERMINATION/NONRENEWAL/CONTINUATION 86

SECTION 13: APPEALS AND COMPLAINTS 91

SECTION 14: INFORMATION ON POLICY AND RATE CHANGES 99

SECTION 15: DEFINITIONS 100

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. Si healthcare.gov determina que Usted no es elegible, healthcare.gov se lo notificará. 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:

- El titular de la Póliza debe residir, vivir o trabajar en el Área de servicio de Friday.
- Completar y enviar a healthcare.gov tales formularios o solicitudes de inscripción que el Mercado pueda solicitar razonablemente.
- Ser ciudadano estadounidense o residente legal de los Estados Unidos.

ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES

Además, 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, se lo informará. HealthCare.gov le dará la oportunidad de apelar la determinación.

Los siguientes son Dependientes elegibles:

- Cónyuge legal del suscriptor o Cónyuge legal para quien un tribunal haya solicitado cobertura (el término “Cónyuge” incluye a una pareja de unión civil válida en virtud de la ley estatal) o pareja de hecho.
- Hijo biológico. Un hijastro. Un niño menor de edad para quien un tribunal ha pedido cobertura. Un niño puesto en adopción con el suscriptor. Un niño para quien un tribunal ha designado al suscriptor o al cónyuge de este como su tutor legal.
    - El hijo debe ser menor de 26 años, independientemente de la presencia o ausencia de dependencia financiera, residencia, condición de estudiante, situación laboral, estado civil, elegibilidad para otra cobertura o cualquier combinación de esos factores. La cobertura dura hasta el final del año en que el Hijo cumple 26 años de edad.
- Hijo adoptado: incluye a un Hijo para el cual Usted o Su Cónyuge se encuentra en una demanda en la que se busca la adopción del Hijo. Un Hijo adoptado propuesto es elegible para la cobertura sobre la misma base que un Hijo natural durante cualquier período de espera antes de la finalización de la adopción del Hijo.
- Hijos discapacitados o minusválidos: un Hijo con una discapacidad mental o física, o discapacidad del desarrollo, que es incapaz de ganarse la vida, se considera un Dependiente elegible después del límite de edad de 26 años de esta Póliza.
    - El Hijo seguirá siendo elegible después de cumplir 26 años, siempre y cuando sea incapaz de ganarse la vida. Para ser elegible, la afección debe haber comenzado antes de que el Hijo cumpliera 26 años; el Hijo se volviera cubierto en virtud de

esta o cualquier otra Póliza antes de que el hijo cumpliera 26 años y permaneciera cubierto continuamente después de cumplir 26 años; y el Hijo depende de Usted para la mayor parte de su sostenimiento y manutención.

- Cuando el hijo cumpla 26 años, Usted tiene 31 días para enviar a Friday y a healthcare.gov una prueba escrita de que el Hijo está incapacitado o tiene una discapacidad del desarrollo y depende de Usted para la mayor parte de su manutención.

Según el criterio del Plan o de healthcare.gov, se puede requerir una prueba que demuestre que una persona cumple con la definición de Dependiente elegible.

PERSONAS QUE NO SON ELEGIBLES

El Plan puede considerar que Usted no es elegible 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. Esta disposición está sujeta a la disposición de Límite de tiempo para ciertas defensas que establece que "(a) Después del segundo aniversario de la fecha en que se emite esta Póliza, una declaración errónea, que no sea una declaración errónea fraudulenta, realizada por el solicitante en la solicitud de la Póliza no puede utilizarse para anular la Póliza o rechazar un reclamo por pérdida incurrida o discapacidad (según se define en la Póliza) a partir de ese aniversario".

Además, una persona que suscribe no es elegible si cumple con alguno de los siguientes enunciados:

- Una persona que es elegible o está inscrita para recibir cobertura en virtud de la Parte A o B de Medicare en el momento de la Solicitud.
- Una persona en prisión (encarcelada; no se aplica en caso de encontrarse pendiente la disposición de los cargos).
- Una persona que es elegible o está inscrita en Medicaid, ya sea en el momento de la solicitud o después de inscribirse.

Si hay un cambio en la elegibilidad del suscriptor, es responsabilidad del suscriptor notificar a Healthcare.gov. Dentro de los cambios en el estado de elegibilidad del Miembro, se incluye, entre otros, lo detallado a continuación:

- muerte;
- divorcio;
- mudanza a un sitio fuera del Área de servicio;
- Hijo que deja de cumplir los requisitos de discapacidad mental y física.

ELEGIBILIDAD PARA ADELANTOS DE PRIMAS Y SUBSIDIOS DE COSTOS COMPARTIDOS

ADELANTOS DE PRIMAS

Algunos Inscritos pueden ser elegibles para ayudar a pagar sus Primas del Plan. HealthCare.gov o el Departamento de Salud y Servicios Humanos decidirán si un Inscrito debe obtener adelantos de Primas cuando los soliciten. Por lo general, para ser elegible para los adelantos de Primas, el Inscrito debe tener ciertos niveles de ingresos del hogar. El Inscrito tampoco debe ser elegible para la Cobertura esencial mínima (que no sea a través del mercado individual o un plan patrocinado por el empleador que sea poco accesible o no proporcione valor mínimo).

Si un Inscrito es elegible para recibir Adelantos de primas, el gobierno federal enviará un pago cada mes al Plan. Este pago puede cubrir la totalidad o parte de la Prima del Inscrito.

SUBSIDIOS DE COSTOS COMPARTIDOS

Algunos Inscritos que reciban Adelantos de la prima serán elegibles para recibir una ayuda económica para pagar sus Deducibles, Copagos o Coseguros cuando reciban Servicios cubiertos. healthcare.gov o el HHS decidirán si un Inscrito puede optar a los subsidios de gastos 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”. Como alternativa, el Inscrito debe ser nativo estadounidense en el Plan de healthcare.gov. 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

Healthcare.gov tendrá un período de inscripción abierta. Si Usted es elegible, envía Su solicitud y selecciona el Plan durante este período. Luego, se lo inscribirá para la cobertura. Del mismo modo, si algún Dependiente es elegible, debe incluir a tal Dependiente en su Solicitud y elegir la cobertura del Plan para dicho Dependiente. Deberá hacerlo durante el período inicial de inscripción abierta. Una vez que complete estos pasos, dicho Dependiente estará inscrito para recibir cobertura. Usted debe estar inscrito en el Plan para inscribir a cualquier Dependiente. Para que Usted y cualquier Dependiente se inscriban en el Plan, también deben aceptar pagar toda 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) debe esperar hasta el próximo Período de inscripción abierta anual para hacerlo. En ciertos casos, es posible que Usted o Sus Dependientes elegibles se puedan inscribir en el Plan antes del próximo Período de inscripción abierta. Lea la sección Inscripción especial para obtener más detalles.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA

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

INSCRIPCIÓN ABIERTA ANUAL

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

Usted debe estar inscrito en el Plan para inscribir a cualquier Dependiente. Para que Usted y cualquier Dependiente se inscriban en el Plan, también deben aceptar pagar cualquier contribución requerida. En general, 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) debe esperar hasta el próximo Período de inscripción abierta anual para hacerlo. Sin embargo, en ciertos casos, es posible que Usted o Sus Dependientes elegibles se puedan inscribir en el Plan antes del próximo Período de inscripción abierta. Lea la sección Inscripción especial para obtener más información.

DOCUMENTACIÓN DE HIJO DISCAPACITADO

Si inscribe a un Hijo que es mayor de veintiséis años (26), debe presentar prueba de la discapacidad y dependencia de dicho Hijo cubierto en su caso. Se le solicitará que envíe dicha información al Plan dentro de los treinta y un (31) días de la fecha de inscripción del Hijo cubierto. El Plan también puede requerir pruebas periódicamente durante la cobertura del Hijo cubierto. El Plan no exigirá pruebas con una frecuencia mayor que una vez al año después del segundo aniversario de la fecha en que el Hijo alcanza la edad límite.

INSCRIPCIÓN INCORRECTA

Si Usted o cualquiera de Sus Dependientes no son elegibles para participar en el Plan, no recibirán cobertura de este. Esto es así 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 directamente 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) en concepto del Período de reembolso solo si Usted (o Su Dependiente) no recibieron Beneficios en virtud del Plan. Sin embargo, el Plan seguirá la disposición del Límite de tiempo para ciertas defensas que establece que “(a) Después del segundo aniversario de la fecha en que se emite esta Póliza, una declaración errónea, que no sea una declaración errónea fraudulenta, realizada por el solicitante en la solicitud de la Póliza no puede utilizarse para anular la Póliza o para denegar un reclamo por pérdida incurrida o discapacidad (según se define en la Póliza) a partir de ese aniversario”.

El Plan también continuará con la cobertura durante el plazo en el que el Plan haya aceptado las Primas, a menos que la Prima se haya basado en una declaración errónea de edad.

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 Su tarjeta de identificación después de Su inscripción. Usted y Sus Dependientes cubiertos serán responsables de presentar la tarjeta de identificación a cada Proveedor de atención médica. Debe presentar la tarjeta de identificación en el momento en que se prestan los servicios de atención médica. Si no lo hace, es posible que deba pagar el costo de esos servicios.

El Plan emite tarjetas de identificación solo con fines de identificación. El hecho de tener una tarjeta de identificación del Plan no les dará a Usted ni a ninguna otra persona el derecho a recibir los beneficios del Plan. Si una persona que no puede recibir beneficios del Plan utiliza la tarjeta de un Inscrito para recibir beneficios, esa persona deberá pagar 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, el 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.

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 INSCRIPCIÓN ESPECIAL

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

En ciertos casos, Usted tendrá derecho a inscribirse o a inscribir a Sus Dependientes elegibles en el Plan durante el Año del plan. Esto significa que no tendrá que esperar hasta el próximo Período de inscripción abierta para recibir la cobertura del Plan. Después de un Evento desencadenante, tendrá un Período de inscripción especial de no menos de 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 desencadenante que ocurrirá en el futuro, puede solicitar la inscripción en un nuevo Plan de beneficios de salud durante los sesenta (60) días calendario anteriores a la fecha de entrada en vigencia del Evento desencadenante, y la

cobertura comenzará no antes del día en que ocurra el Evento desencadenante para evitar una brecha en la cobertura. Debe poder proporcionar documentación por escrito para respaldar la fecha de entrada en vigencia del Evento desencadenante en el momento de la solicitud. La fecha de entrada en vigencia de esta inscripción debe cumplir con las fechas de vigencia de la cobertura que se encuentran en esta sección.

EVENTOS DESENCADENANTES

"Evento desencadenante" hace referencia a un evento que deriva en que una persona sea elegible para un Período de inscripción especial. Los eventos desencadenantes ocurren en estos casos:

- Pérdida de Su cobertura acreditable (cobertura esencial mínima) por cualquier causa que no sea fraude, declaración falsa o incumplimiento de pago de una Prima.
- El hecho de sumar a un Dependiente o convertirse en uno a través de matrimonio, unión civil, nacimiento, adopción, colocación para adopción, orden judicial, 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 Plan, productor 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.
- Obtención de acceso a otra cobertura debido a un cambio permanente en Su residencia.
- El padre o el tutor legal cancela la inscripción del Dependiente o dicho Dependiente ya no es elegible para el Programa de Seguro Médico para Niños de Oklahoma (Children's Health Insurance Program, CHIP).
- Una persona, que no es ciudadana o que tampoco tiene residencia legal, obtiene dicho estado.
- 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 caso de nacimiento, adopción, colocación para la adopción, o si el asegurado es parte en un juicio en el que pretende adoptar al niño, o colocación en un hogar de acogida, la cobertura debe ser efectiva en la fecha del evento.
- En el caso de todos los demás Eventos desencadenantes, en los que se adquiera cobertura individual entre el primer y el décimo quinto día del mes, la cobertura entrará en vigencia a más tardar el primer día del mes siguiente.
- En el caso de todos los demás Eventos desencadenantes, en los que se adquiera cobertura individual entre el décimo sexto y el último día del mes, la cobertura entrará en vigencia a más tardar el primer día del mes siguiente.

SECCIÓN 5: LA RED DE HMO

Esta Póliza de seguro es un Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO). El Plan de HMO solo cubre los Beneficios que se proporcionan dentro de la red. Para recibir los Beneficios dentro de la red, debe recibir atención exclusivamente de Proveedores de la red. Salvo la atención de una situación de emergencia o si los servicios que Usted requiere no están disponibles de los Proveedores de la red, Usted será responsable de pagar el costo de toda la atención proporcionada por los Proveedores fuera de la red.

Como Miembro, Usted puede recibir Servicios cubiertos de Proveedores de la red, incluidos servicios médicos, quirúrgicos, diagnósticos, terapéuticos y preventivos brindados en el Área de servicio de Friday. Los Servicios cubiertos también deben ser Médicamente necesarios. Como Miembro de un Plan, Usted y su Proveedor de la red 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 Friday para obtener las Autorizaciones previas. Si ha recibido una Autorización previa y necesita renovar la Autorización previa, Usted y Su Proveedor de la red pueden realizar una solicitud de renovación no más de sesenta (60) días antes del vencimiento de su Autorización previa actual.

Es responsabilidad de cada Miembro de Friday informar a Friday un cambio de Su dirección postal dentro de los 31 días de dicho cambio de dirección. Los cambios pueden realizarse comunicándose con Friday Care Crew al 1-844-817-1600.

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

AVISO DEL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE OKLAHOMA

- Un Plan HMO no proporciona beneficios por los servicios que Usted recibe de Proveedores fuera de la red, con excepciones específicas como se describe en Su Póliza y a continuación.
- Tiene derecho a una red adecuada de Proveedores preferidos (conocidos como “Proveedores de la red”).
- Si considera que la Red es inadecuada, puede presentar una reclamación ante el Departamento de Seguros de Oklahoma.
- Si Su compañía de seguros aprueba una derivación para servicios fuera de la red porque no hay un Proveedor preferido disponible, o si Usted ha recibido Atención de emergencia fuera de la red, Su compañía de seguros debe, en la mayoría de los casos, pagar la factura del Proveedor no preferido para que Usted solo tenga que pagar cualquier monto de Coseguro, Copago y Deducible aplicable.
- Puede obtener un Directorio actual de Proveedores preferidos en el siguiente sitio web: www.fridayhealthplans.com o llamando al 1-844-817-1600 para obtener ayuda para encontrar Proveedores preferidos disponibles. Si Usted se basó en información del

Directorio sustancialmente inexacta, es posible que tenga derecho a que se pague un reclamo fuera de la red al nivel de beneficios dentro de la red.

LA RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES DE HMO

Friday ha contratado a Proveedores de atención médica para brindar atención médica accesible a sus Miembros. Esto también se realiza para gestionar Sus necesidades de atención médica. Se recomienda enfáticamente que elija un Proveedor de atención primaria de la Red Friday. Debe recibir Su atención de los Proveedores de la red. A excepción de casos poco frecuentes en los que un Proveedor fuera de la red obtenga una Autorización previa por parte de Friday, Usted DEBE recibir atención de un Proveedor de la red para que cuente como Servicio cubierto. Si recibe servicios de atención médica de Proveedores fuera de la red, dicha acción causará un aumento significativo de los costos para Usted. Es vital que confirme que el Proveedor que Usted planea consultar sea un Proveedor de la red. Debe confirmar si el Proveedor forma parte de la red buscándolo en el Directorio de proveedores o comunicándose telefónicamente con Friday Care Crew al 1-844-817-1600. Puede solicitar que le proporcionemos por correo una versión no electrónica del Directorio de proveedores. También puede encontrar el Directorio en www.fridayhealthplans.com.

ACCESO A PROVEEDORES FUERA DE LA RED

Si un Proveedor no tiene contrato con Friday, entonces es un Proveedor fuera de la red. A menos que el Miembro tenga una Autorización previa, Friday 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 Friday concluya que no es posible obtener los servicios médicos necesarios dentro de la red. Verifique que el Proveedor del que planea recibir atención sea un Proveedor de la red. Puede averiguar si un Proveedor forma parte de la red consultando el Directorio de proveedores de Friday. El Directorio de proveedores se puede encontrar en www.fridayhealthplans.com o si llama a Friday Care Crew al 1-844-817-1600.

En caso de que Usted esté bajo el cuidado de un Proveedor de la red en el momento en que dicho Proveedor deje de participar en la Red y en el momento de la finalización del Proveedor de la red y Usted cumpla con los siguientes criterios de un paciente de atención continua, el Plan continuará brindando cobertura para los servicios del Proveedor en el nivel de beneficios dentro de la red.

- Usted es un paciente de atención continua si:
    - Se somete a tratamiento para una afección grave y compleja por parte del Proveedor o centro.
    - Se somete a atención institucional o para pacientes hospitalizados por parte del Proveedor o centro.
    - Tiene programado someterse a una cirugía no programada del Proveedor, incluida la recepción de atención posoperatoria de dicho Proveedor del centro con respecto a dicha cirugía.
    - Está embarazada y está recibiendo un tratamiento para el embarazo por parte del Proveedor o el centro.

- Es o se determinó que es terminal y está recibiendo tratamiento para dicha enfermedad por parte de dicho Proveedor o centro.

Circunstancias especiales significa que el Proveedor tratante o el Proveedor de atención médica considera razonablemente que interrumpir la atención podría causar daño al paciente. El Proveedor tratante o el Proveedor, que debe solicitar que se le permita continuar recibiendo servicios y tratamiento, identificará las circunstancias especiales y aceptará no solicitar el pago de ningún monto del cual Usted no sería responsable si el Proveedor o el Proveedor siguiera siendo un Proveedor de la red.

Una solicitud de circunstancias especiales no está disponible cuando un Proveedor ha sido desvinculado por motivos que podrían generar un daño inminente o fraude. La continuidad de la cobertura se extenderá hasta la finalización del tratamiento o durante noventa días, o más de nueve meses para un diagnóstico de enfermedad terminal, más allá de la fecha en que la finalización de participación en la Red por parte del Proveedor entre en vigencia. Si la finalización entra en vigencia después de la semana 24 de embarazo, la continuidad de la cobertura puede extenderse hasta el parto, la atención posparto inmediata y el control de seguimiento dentro de las primeras seis semanas después del parto. 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, que es el monto establecido según la ley estatal de Oklahoma para reembolsar a las Personas cubiertas los servicios de atención médica en un Centro de la red cuando un Proveedor fuera de la red presta dichos servicios, o bien servicios de emergencia que prestan los Proveedores o centros fuera de la red.

AVISO IMPORTANTE SOBRE FACTURACIÓN SORPRESA (CONOZCA SUS DERECHOS)

A partir del 1 de enero de 2021, la ley del Estado de Oklahoma 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 Oklahoma. La 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 Oklahoma. Para obtener información adicional, comuníquese con Friday Care Crew al 1-844-871-1600.

¿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 1-844-817-1600.

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 Proveedor de atención primaria es un Proveedor de la red 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 Friday para obtener las Autorizaciones previas para servicios de atención especializada que el Miembro pueda necesitar. Usted tiene derecho a designar a cualquier Proveedor de atención primaria que participe en la Red del Plan y que esté disponible para aceptarlo a Usted o a Sus Dependientes cubiertos. El Plan no garantiza que el Proveedor de atención primaria que elija pueda incorporarlos a Usted o a Sus Dependientes cubiertos como pacientes. Sin embargo, el Plan pondrá a disposición un grupo adecuado de Proveedores de atención primaria para su elección. Al elegir al PCP, tendrá acceso a un Proveedor que trabajará con Usted para administrar Sus necesidades de atención médica.

Puede comunicarse con el Plan por escrito para obtener una lista de los PCP en:

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

Si lo prefiere, puede llamar a Friday Care Crew al 1-844-817-1600.

PEDIATRA COMO PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Para cualquier Hijo cubierto, puede elegir un pediatra como Proveedor de atención primaria para tal Hijo. Conforme al Plan de la EPO, una Persona cubierta no tiene que elegir al PCP, pero se recomienda que lo haga. 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 Oklahoma, Inc.
700 Main Street
Alamosa, Colorado 81101
questions@fridayhealthplans.com

Si lo prefiere, puede llamar a Friday Care Crew al 1-844-817-1600.

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 la Autorización previa del Plan antes de recibir los servicios de atención médica de cualquier persona que no sea Su Proveedor de atención primaria. Las consultas a un Especialista de la red no requieren una Autorización previa, pero los procedimientos de cualquier Proveedor de la red generalmente exigen una Autorización previa. En general, Su Proveedor de la red comenzará el proceso de obtención de la Autorización previa en Su nombre. Esto se realiza mediante la solicitud de la Autorización previa al Plan. Su Proveedor de la red le pedirá que se le permita recibir el servicio. El Plan responderá a cada solicitud con una aprobación o rechazo de acuerdo con los plazos exigidos por el estado de Oklahoma (consulte a continuación). El Plan le enviará una copia de su respuesta. El Plan también enviará una copia al Proveedor de la red. Cuando se apruebe una solicitud, el Plan emitirá una Autorización previa. La solicitud de Autorización previa identificará el nombre del Proveedor participante autorizado para prestar el servicio, los servicios de atención médica que prestará el Proveedor participante y la(s) fecha(s) en que se prestarán los servicios. La Autorización previa del Plan garantiza el pago por parte del Plan de todos los Servicios cubiertos aprobados en dicha Autorización previa. Esta garantía no se aplica si 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 la 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 tal Autorización previa, el Plan rechazará Sus reclamos por dichos servicios.

Para asegurarse de recibir el máximo beneficio del Plan, debe recibir 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.

Comuníquese con el Plan al 1-844-817-1600 si no está seguro de si un servicio necesita una Autorización previa antes de que se presten los servicios.

EXCEPCIÓN PARA ATENCIÓN GINECOLÓGICA

No necesita una Autorización previa para recibir atención obstétrica o ginecológica de un Proveedor participante que sea un ginecólogo obstetra o especialista en salud reproductiva. Tampoco necesita 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 Oklahoma, Inc.
700 Main Street
Alamosa, Colorado 81101
questions@fridayhealthplans.com

También puede obtener esta información de Friday Care Crew llamando al 1-844-817-1600.

EXCEPCIÓN PARA SITUACIONES DE URGENCIA

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

EXCEPCIÓN PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA

No se le exige la obtención de la Autorización previa del Plan cuando recibe servicios de atención médica en casos de 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 notificar tal hospitalización al Plan mediante comunicación telefónica al 1-844-817-1600. 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.

PLAZO DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Todos los plazos para los requisitos de Autorización previa se proporcionan de acuerdo con las reglamentaciones estatales y federales aplicables. Al recibir una solicitud de Autorización previa de un Proveedor participante, el Plan revisará y emitirá una determinación que indique si los servicios de atención médica están autorizados. La determinación se emitirá y transmitirá a más tardar el tercer día calendario después de la fecha en que se reciba la solicitud.

Autorización previa concurrente: para las determinaciones de beneficios relacionadas con la atención que se recibe al mismo tiempo que la determinación, dicho aviso se proporcionará a más tardar veinticuatro (24) horas después de la recepción de Su reclamo de beneficios.

Revisión de Autorización previa de urgencia con respecto a las solicitudes de Autorización previa de urgencia, si tenemos toda la información necesaria para tomar una determinación, tomaremos una determinación y le proporcionaremos un aviso a Usted (o a su persona designada) y a su Proveedor, por teléfono, dentro de las setenta y dos (72) horas de la recepción de la solicitud. Se proporcionará una notificación por escrito en un plazo de dos (2) días hábiles o tres (3) días calendario a partir de la recepción de la solicitud, lo que ocurra primero. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro de las veinticuatro (24) horas. Usted o Su Proveedor tendrán entonces cuarenta y ocho (48) horas para enviar la información. Tomaremos una determinación y le notificaremos a Usted (o a Su persona designada) y a Su Proveedor por teléfono dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de la recepción de la información o al final del período de cuarenta y ocho (48) horas, lo que ocurra primero. Se proporcionará una notificación por escrito dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la recepción de la información, o tres (3) días calendario después de la notificación verbal, lo que ocurra primero.

Para servicios que impliquen tratamiento posterior a la estabilización o una afección que ponga en riesgo la vida. El Plan dará una respuesta que indique si los servicios están autorizados dentro del tiempo adecuado para las circunstancias que no excedan una hora desde la recepción de la solicitud.

OTRAS EXCEPCIONES A LOS REQUISITOS DE LA AUTORIZACIÓN PREVIA

Tampoco se le exige obtener la Autorización previa del Plan cuando se le practican exámenes de rutina por parte de un Proveedor participante.

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

CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Los servicios para ciertas afecciones, tratamientos o procedimientos están cubiertos por el Plan solo si tales servicios, tratamientos o procedimientos se proporcionan en un Centro de atención especializada. Es posible que deba acudir a un Centro de atención especializada para que el Plan cubra la atención que recibirá. Los Centros de atención especializada se encuentran en todo Estados Unidos. Por lo tanto, es posible que deba viajar fuera del Área de servicio para

recibir atención. De ser así, Usted será responsable de coordinar el viaje y pagar todos los costos de viaje relacionados con el tratamiento en el Centro de atención especializada. El Plan no pagará estos costos. El Plan tampoco pagará por la pensión completa ni ningún otro gasto relacionado con el viaje a un Centro de atención especializada. Los servicios de trasplante están disponibles únicamente en los Centros de atención especializada.

NO USAR UN PROVEEDOR PARTICIPANTE

Como regla general, si recibe servicios de atención médica de un Proveedor no participante, el Plan no pagará dichos servicios. Sin embargo, si el motivo por el que recibe atención de un Proveedor no participante se debe a una Emergencia médica o una situación médica de urgencia, el Plan pagará los Servicios cubiertos que reciba. 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. Este es el caso solo si Usted sigue los términos y condiciones adicionales explicados en esta Póliza.

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, diríjase al sitio web www.fridayhealthplans.com en el enlace Members (Miembros) (que se encuentra en la cinta en la parte superior de la página de inicio) y luego haga clic en Member Hub (Centro de miembros) y haga clic en el Inicio de sesión en el Portal para miembros (ubicado en la parte inferior de la página del Centro de miembros). Se le solicitará que configure Su cuenta, y necesitará Su número de identificación de Miembro.

LISTA DE REQUISITOS PARA SOLICITAR UNA AUTORIZACIÓN PREVIA

Servicio	Se requiere Autorización	Servicio	No se requiere Autorización
Acupuntura	No cubierto	Pruebas de alergia	No
Inseminación artificial	No cubierto	Amniocentesis	No
Cirugía bariátrica	No cubierto	Hemoderivados	No
Biopsia de médula	Sí	Asesoramiento por duelo	No
Densitometría trifásica	Sí	Biopsia de mama	No
BRCA	Sí	Densidad ósea: solo DEXA	No
Extractor de leche materna	Ningún Miembro recibe $250	Rehabilitación cardíaca	No, el límite por año del Plan es de 36 visitas
Reconstrucción mamaria	Sí	Ecografía carotídea	No
Quimioterapia	Sí	Cirugía de cataratas	No
Servicios de labio leporino/paladar hendido/cirugía	Sí	Suministros para el monitor de glucosa continuo	No

Implantes cocleares	No cubierto	Colonoscopía u otra IFOBT (detección/diagnóstico, incluido Cologuard)	No
Monitor de glucosa continuo	Sí	Suministros para el tratamiento de presión positiva en las vías respiratorias	No
Tratamiento de presión positiva en las vías respiratorias	Sí	Inyección de Depo Provera	No
Tomografía computarizada/angiografía por tomografía computarizada	Sí	Educación sobre la diabetes	No
Diálisis	Sí	Suministros para pruebas de diabetes	No
Equipos médicos duraderos	Sí, artículos de más de $500	Ecocardiograma	No
EEG: solo para pacientes hospitalizados	Sí	Esofagogastroduodenoscopia/endoscopia	No
Abortos provocados	No cubierto	Inyección epidural	No
Pruebas genéticas	Sí	Essure	No
Audífono	No, pero 1 por oreja/48 meses	Vacunación contra la gripe	No
Exploración Hida	Sí	Monitor Holter/de eventos	No
Cuidados médicos en el hogar	No, pero el límite anual del Plan es de 30 visitas	Hospital: OBS <23 h	No
Cuidados paliativos para pacientes internados/cuidados paliativos domiciliarios	Sí, después de los primeros 6 meses	Vacunación contra el VPH, niños	No
Análisis para la infertilidad	Sí	Vacunación contra el VPH, niñas	No
Inyectables	Sí, para medicamentos de más de $1000	Implanon/Nexplanon	No
Admisión de pacientes hospitalizados, preplanificada	Sí	Suministros de la bomba de insulina	No
Cirugía ambulatoria	Sí	DIU/diafragma	No
Bomba de insulina	Sí	Mamografías	No
Fertilización in vitro	No cubierto	Maternidad global	No
Infusión i.v. en el hogar o para pacientes ambulatorios	Sí	Dispositivo de acceso para administración de medicamentos	No

Asesoramiento marital	N/C	Salud mental: pacientes ambulatorios	No
Mastectomía	Sí	Pruebas de neuropsicología	No
Atención de maternidad: solo parto vaginal	Se requiere notificación al momento de la admisión	Concentrador de O_2 y O_2	No
Atención de maternidad: solo cesárea	Se requiere notificación al momento de la admisión	Vía central de inserción periférica (todos los procedimientos)	No
Atención de maternidad: subrogación	No cubierto	Vacuna antineumocócica	No
Salud mental: pacientes internados	Sí	Prueba de función pulmonar (PFT)	No
IRM	Sí	Radiología/Diagnóstico/Radiografía	No
Estadía del recién nacido: después de la estadía de la mamá	Sí	Culebrilla <60 años	No
Medicina nuclear	Sí	Tomografía computarizada por emisión de fotones individuales/Lexiscan	No
Asesoramiento sobre nutrición	No	Prueba de esfuerzo	No
Prueba de esfuerzo nuclear	Sí	Ligadura de trompas	No
Zapatos ortopédicos/para diabéticos	Sí	Ecografías	No
Aparatos ortopédicos	Sí	Vasectomía	No
Cirugía como paciente internado: hospital/centro de cirugía	Sí	Cuidado de heridas: en el consultorio	No
Procedimientos en el consultorio	Sí >$1000	Vacunas	No
Tomografía por emisión de positrones	Sí	Fisioterapia/Terapia ocupacional/terapia del habla: rehabilitación	No, pero el límite del Año del plan es de 30 visitas combinadas
Prueba de perfusión pulmonar	Sí	Fisioterapia/Terapia ocupacional/terapia del habla: habilitación	No, pero el límite del Año del plan es de 30 visitas por terapia
Gammagrafía VQ (ventilación y perfusión)	Sí	Vacunas	No
Radiación	Sí		

Radiología/RM/TC/TEP de diagnóstico	Sí		
SNF (enfermería especializada para pacientes hospitalizados)	Sí		
Estudio del sueño, en laboratorio	Sí		
Medicamentos especializados, PBM	Sí		
Tratamiento por consumo de sustancias: pacientes internados	Sí		
Tratamiento por abuso de sustancias: pacientes ambulatorios	No		
Tratamiento para la articulación temporomandibular	No cubierto		
Servicios para personas transgénero	Sí		
Trasplantes	Sí		
Pelucas (quimio)	Sí		
Servicios quiroprácticos	Sí, después de 30 consultas		

SECCIÓN 7: BENEFICIOS Y COBERTURA (QUÉ ESTÁ CUBIERTO)

REGLAS GENERALES

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

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

Incluso si el Plan paga 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.

El Plan no prohibirá ni restringirá el pago de los Servicios cubiertos prestados a un niño y que se determine que son necesarios y proporcionados de acuerdo con un plan de servicios familiares individualizados emitido por el Consejo Interinstitucional de Intervención en la Primera Infancia (Interagency Council on Early Childhood Intervention) en virtud del Capítulo 73, Código de Recursos Humanos.

- Las terapias de rehabilitación y habilitación se cubrirán en la cantidad, la duración, el alcance y el entorno de servicio establecido en el plan de servicio familiar individualizado del niño.
- Un Hijo tiene derecho a recibir beneficios si es Hijo como resultado de la relación del Hijo con un asegurado o Inscrito en el plan.

A. Cobertura para Hijos recién nacidos y adoptivos

1. Cobertura automática. Su Hijo recién nacido estará cubierto automáticamente por el Plan durante los primeros treinta y un (31) días de vida. Su Hijo adoptado estará cubierto automáticamente por el Plan durante los primeros treinta y un (31) días.
   - Ya sea que el Hijo recién nacido esté cubierto durante solo treinta y un (31) días o esté inscrito para más de treinta y un (31) días, el Deducible familiar y el Límite máximo de gastos de bolsillo se aplican al Hijo recién nacido o adoptivo tal como se aplicarían en el caso de cualquier otro Dependiente del suscriptor.
2. Estadía inicial en el hospital. El Plan cubrirá la estadía en el hospital para Su Hijo recién nacido. 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 p. m., la estancia continuará hasta las 8 a. m. del 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. En general, el Plan cubrirá el tratamiento contra enfermedades y lesiones de Su Hijo recién nacido. En ello, se incluyen la atención y el tratamiento de malformaciones congénitas y anomalías de nacimiento

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 recién nacido con labio leporino, paladar hendido o ambos. Si es necesario desde un punto de vista médico, la atención y el tratamiento incluirán: cirugía oral y facial, intervención quirúrgica, atención de seguimiento prestada por cirujanos plásticos y orales, tratamiento protésico como obturadores, dispositivos para el habla y la alimentación; tratamiento de ortodoncia; tratamiento de prótesis; terapia del habla 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, tales 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; acidemia glutárica; acidemia propiónica; alergias, relacionadas o no con la inmunoglobulina E, a múltiples proteínas alimenticias; síndrome de enterocolitis grave inducida por proteínas alimenticias; trastornos eosinofílicos como resultado de una biopsia, y absorción deficiente de nutrientes a causa de trastornos que afectan la motilidad, longitud, función y superficie absorbentes del tracto gastrointestinal. Dentro de 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 en relación con los cuales el Proveedor que sea un Proveedor participante ha emitido una receta escrita, oral o electrónica. Para que la cobertura del Plan de su Hijo continúe más allá de los primeros treinta y un (31) días de vida, debe inscribir a su Hijo en el Plan. Consulte la sección Inscripción especial.

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 una farmacia aprobada y no se aplicará a medicamentos alternativos. Dicha cobertura solo estará disponible a través de Proveedores farmacéuticos 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 elemental están cubiertos como Médicamente necesarios.
8. Las pruebas de detección de fenilcetonuria, otras enfermedades hereditarias, hipotiroidismo y otros trastornos para los que se requiere detección están cubiertas, incluido el costo del kit.

B. Servicios de intervención temprana

1. **Estándar**: 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 Oklahoma 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 parte de un Proveedor de la red 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. **Limitaciones anuales:** cada Año del plan, el 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 prestan en función de un Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP). Sin embargo, dichos servicios estarán sujetos a un límite de treinta (30) visitas para terapias combinadas cada Año del plan: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.

C. Trastornos del espectro autista

1. Estándar. 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 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. En los Servicios cubiertos para el tratamiento del trastorno del espectro autista, no se incluyen los servicios prestados 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) visitas de habilitación por cada tipo de terapia (física, ocupacional y del habla) y treinta (30) visitas de terapia combinada para terapia de rehabilitación para el Hijo cubierto. Las visitas de terapia deben distribuirse durante todo el Año del plan sin tener en cuenta el motivo del tratamiento o si el propósito de la terapia es mantener o mejorar la capacidad funcional.

E. Beneficios para el habla y la audición infantiles

1. Terapia del habla. Si un Hijo cubierto menor de seis (6) años sufre retraso en el habla, el Plan cubrirá hasta 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 primero debe presentar cierta documentación al Plan. En la documentación, se debe incluir el diagnóstico, un plan de tratamiento específico y los resultados esperados del Hijo cubierto. Si se espera que las consultas adicionales de terapia produzcan una mejora significativa, el Plan cubrirá más consultas.
2. Exámenes auditivos y audífonos. El Plan cubrirá los exámenes auditivos de rutina del Hijo cubierto. El Plan cubrirá las pruebas de la audición en respaldo de un diagnóstico y una afección médicamente cubierta. El Plan no incluye la audiometría y los timpanogramas de detección en respaldo de un diagnóstico. Se proporciona cobertura para la adquisición, la reparación y el reemplazo de un (1) audífono Médicamente necesario una vez cada cuarenta y ocho (48) meses. Además, para niños menores de dos (2) años, el Plan cubrirá hasta 4 moldes por año para el crecimiento. 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. Pruebas de detección de deterioro de la audición. El Plan cubrirá una prueba de detección de pérdida de la audición desde el nacimiento hasta la fecha en que el niño tenga treinta (30) días de edad y la atención de seguimiento de diagnóstico necesaria relacionada con las pruebas de detección desde el nacimiento hasta la fecha en que el niño tenga veinticuatro (24) meses. Los Deducibles indicados en Su programa de Beneficios no se aplicarán a esta disposición.

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 y estar certificado médicamente como discapacitado y como Dependiente suyo 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.

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.
3. Atención de la visión pediátrica. El Plan cubrirá un examen de la vista cada Año del plan para un Hijo cubierto menor de diecinueve (19) años de edad para los servicios prestados por un optometrista, un optometrista terapéutico y un oftalmólogo. Los anteojos para el Hijo cubierto tendrán cobertura para un (1) par cada doce (12) meses e incluyen marcos y lentes o lentes de contacto. El Plan cubrirá lentes de contacto o marcos con lentes de vidrio o plástico, incluidos lentes monofocales, bifocales, trifocales, potencias de lentes lenticulares, moda y tintes de gradiente, recubrimiento protector ultravioleta, lentes de sol graduados n.° 3 de vidrio gris de gran tamaño; lentes recetados de policarbonato con recubrimiento resistente a rayones y artículos para baja visión, así como lentes de contacto Médicamente necesarios para queratocono, miopía patológica, afaquia, anisometropía, aniseiconia, aniridia, trastornos de la córnea, trastornos postraumáticos y astigmatismo irregular. Y para visión baja: una evaluación integral de visión baja cada 5 años y atención de seguimiento: cuatro visitas en cualquier período de cinco años.

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 tiene que abonar Copago, Deducible ni Coseguro alguno por los servicios preventivos. Sin embargo, si Usted o su Dependiente cubierto recibe servicios con 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 de facturación del servicio es la prestación del servicio o artículo preventivos, no se cobrará ningún Copago u otro requisito de costo compartido por el servicio. Si el propósito principal de facturación del servicio 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). Friday 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 Friday 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. Incluidas mujeres embarazadas, y suministro a las personas que acostumbran beber de manera riesgosa o peligrosa intervenciones de asesoría conductual para reducir el

consumo de alcohol poco saludable.

- 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 de detección y para dejar de fumar: el Plan cubrirá los programas para dejar de fumar, incluidos los servicios de intervención, las intervenciones del comportamiento y los medicamentos con receta. El Plan cubrirá dos intentos para dejar de fumar por Año del plan. El Plan cubrirá al menos cuatro (4) 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 de la red debe prestar los servicios para dejar de fumar o estos deben brindarse en virtud de un programa aprobado por el Plan. No hay costos compartidos ni requisitos de Autorización previa para estos programas. Puede acceder a la línea para dejar de fumar llamando al 1-800-Quit-NOW/1-800-784-8669.
- 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.
- Dosis bajas de aspirina como medicamento preventivo después de 12 semanas de gestación en mujeres con alto riesgo de preeclampsia.
- 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.
- Detección de depresión en la población adulta y adolescente general, incluidas las mujeres embarazadas y durante el posparto.
- Detección de trastorno depresivo mayor (major depressive disorder, MDD) en adolescentes de 12 años.

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

- 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.
- 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. Todas las formas de mamografía de dosis baja están cubiertas.

- Los beneficios para los exámenes de detección mediante mamografía preventiva se determinan cada Año del plan. 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 del plan, se aplican las otras disposiciones de beneficios en la Póliza con respecto a los exámenes de detección adicionales.
- FHP sigue las recomendaciones de las pautas del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologist, ACOG) para la detección de cáncer de mama, que recomienda la prueba de detección de forma más temprana y frecuente que el USPSTF. Los beneficios preventivos 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 y hasta setenta y cinco (75) años. Una mamografía y un examen clínico de mamas a partir de 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.
- Intervenciones durante el embarazo y después del nacimiento para el fomento de la lactancia materna.
- Cobertura de un suplemento diario que contiene 0.4 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 de cáncer colorrectal para pruebas de detección temprana de cáncer colorrectal y pólipos adenomatosos a partir de los 45 años y hasta los ochenta y cinco (85) años. Este beneficio incluye: (1) un análisis de sangre oculta en heces realizado anualmente y una sigmoidoscopia flexible realizada cada cinco años; o (2) una colonoscopia realizada cada diez (10) años.
    - Además de los Inscritos que son elegibles para la cobertura de detección del cáncer colorrectal en función de las recomendaciones A o B del USPSTF, el Plan cubrirá los exámenes de detección de cáncer colorrectal para Inscritos que tengan un alto riesgo de este tipo de cáncer, incluidos aquellos que tengan antecedentes familiares médicos de este cáncer, una ocurrencia previa de cáncer o pólipos neoplásicos anteriormente, una ocurrencia previa de una enfermedad digestiva crónica como una enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa u otros factores de predisposición según lo determine el Proveedor participante.
- 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 cuarenta y cinco (45) 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.
- El Plan cubre un examen anual médicamente reconocido para la detección

temprana de cáncer de ovario y cáncer de cuello uterino a cada mujer de dieciocho (18) años de edad o más. También se cubre un análisis de sangre CA 125.

- El Plan proporciona cobertura para la detección y prevención de osteoporosis, que incluye mediciones de masa ósea médicamente aceptadas para la detección de baja masa ósea y para determinar el riesgo de osteoporosis y fracturas de personas calificadas. Estos servicios no se limitan a una edad y no requieren Autorización previa.
- 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.

c. Pruebas de laboratorio

- 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 3 años o, en el caso de mujeres que tengan entre treinta (30) y sesenta y cinco (65) años una prueba de detección de citología cervical solo cada tres (3) años y una combinación de la prueba de la citología cervical y del virus del papiloma humano (VPH) cada 5 años.
- La prueba de detección de cáncer de cuello uterino para las inscritas inmunosuprimidas puede ser tan frecuente como una vez al año.
- Detección de glucosa en sangre anormal como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos de 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.

d. 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 contra neumococo, difteria, hepatitis B, sarampión, paperas, tos ferina, poliomielitis, rubéola, tétanos, varicela, HIB y hepatitis A de acuerdo con el calendario establecido por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (ACIP) o requerido por la Junta Estatal de Salud.
- 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.

e. 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, comuníquese con la Compañía de seguro médico por escrito a:

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

Si lo prefiere, puede llamar a Friday Care Crew al 1-844-817-1600.

H. Visitas de bienestar

1. Consultas de bienestar infantil. El Plan cubrirá las consultas de Su Hijo cubierto a su Proveedor de atención primaria desde el nacimiento hasta los dieciocho (18) años. En esta cobertura, se incluyen exámenes físicos adecuados para la edad, vacunas de rutina, antecedentes, orientación y educación (como exámenes sobre el funcionamiento y la dinámica familiar, asesoramiento sobre prevención de lesiones, análisis de problemas alimentarios, revisión de comportamientos apropiados para la edad, etc.) y evaluación de su crecimiento y desarrollo. Es posible que los Servicios cubiertos en el presente documento no sean exhaustivos y se modifiquen periódicamente para cumplir con los estatutos y las reglamentaciones federales y estatales.
2. Consultas de mantenimiento de la salud. El Plan cubrirá las consultas al Proveedor de atención primaria del Inscrito. En esta cobertura, se incluyen exámenes físicos adecuados para la edad, orientación y educación (como exámenes sobre el funcionamiento y la dinámica familiar, análisis de problemas alimentarios, revisión de las actividades de promoción de la salud, asesoramiento sobre ejercicios y nutrición, incluido el asesoramiento acerca de la ingesta de ácido fólico para mujeres en edad de concebir), análisis de sangre, antecedentes y exámenes físicos, análisis de orina, perfil químico, panel de lípidos en ayunas y prueba de sangre oculta en heces. El Plan también cubrirá las vacunas para el cáncer de cuello uterino (VPH) para las Inscritas. Sin embargo, 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. Visitas de bienestar del niño y visitas de mantenimiento de la salud. Las visitas están cubiertas de acuerdo con el siguiente cronograma:

Edad del Inscrito	Cantidad o tipo de consultas
De 0 a 12 meses	Seis (6) consultas de bienestar infantil
De 0 a 12 meses	Una (1) prueba de PKU
De 0 a 12 meses	Una (1) consulta domiciliaria (para recién nacidos dados de alta en menos de 48 horas después del nacimiento)
De 13 a 35 meses	Tres (3) consultas de bienestar infantil
De 3 a 6 años	Cuatro (4) consultas de bienestar infantil
De 7 a 12 años	Cuatro (4) consultas de bienestar infantil
De 13 a 18 años	Una (1) consulta de mantenimiento de la salud por Año del plan.
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. Todos los tipos de mamografía de dosis baja están cubiertas. No hay límite de edad para las mamografías de diagnóstico.

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 por año para cualquier hombre Inscrito que sea mayor de cincuenta (50) años.
   - Una prueba de detección por año para cualquier hombre Inscrito entre los cuarenta (40) y cincuenta (50) años. Sin embargo, el Inscrito debe tener un riesgo alto de desarrollar cáncer de próstata. Un Proveedor participante debe realizar esta determinación.
   - En los exámenes de detección de cáncer de próstata se incluyen las siguientes pruebas:
     - Un análisis de sangre de antígeno prostático específico (prostate-specific antigen, PSA).
     - Un examen rectal digital.

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

   El Plan incluirá una compensación razonable al sitio de origen por el costo de transmisión incurrido a través de la telesalud prestada por un Proveedor participante contratado, excepto que el sitio de origen no incluya una residencia privada en la que el Miembro se encuentre cuando reciba servicios de atención médica a través de la Telesalud.
3. Consultas domiciliarias. El Plan cubrirá las consultas Médicamente necesarias por parte del Proveedor de atención primaria en el hogar del Inscrito dentro del Área de servicio. El beneficio máximo por año calendario es de sesenta (60) visitas.
4. Programa para dejar de fumar. El Plan cubrirá los programas para dejar de fumar, incluidos los exámenes de detección, los servicios de intervención, las intervenciones del

comportamiento y los medicamentos con receta. Esto es así incluso si no se ha cumplido el deducible. Un Proveedor participante debe proporcionar este programa o brindarse en virtud de un programa aprobado por el Plan.

5. Servicios de Proveedores 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.
6. 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.
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.
10. 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 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 de Definiciones para obtener más detalles.

11. Centro de Atención de urgencia. La atención que no es de emergencia se puede brindar en un centro de Atención de urgencia, pero aquella que no es de emergencia debe brindarse en un centro de Atención de urgencia de la red. El uso de un centro de Atención de urgencia fuera de la red dentro del Área de servicio cuando los servicios no cumplen con la definición de servicios de Atención de urgencia y de emergencia no se considerará un beneficio cubierto.
12. El tratamiento y las pruebas para la COVID-19 se proporcionan sin costo compartido para Usted, independientemente del estado de la Red de proveedores y de acuerdo con la emergencia de salud pública federal.
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:
   a. Los resultados afectan de manera directa la toma de decisiones clínicas o el resultado clínico de la persona, o ambos.
   b. El método de prueba se considera científicamente válido para la identificación de una enfermedad hereditaria genéticamente vinculada.
   c. 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.
7. Se cubrirán las pruebas genéticas adicionales según lo exijan los mandatos federales o estatales.
8. 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.
9. 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. Estándar. 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. 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. Cobertura especial después del tratamiento del cáncer de mama . Si debido al tratamiento del cáncer de mama, un Inscrito tiene una mastectomía de disección de ganglios linfáticos, el Plan cubrirá la atención para pacientes hospitalizados durante un mínimo de
   a. cuarenta y ocho (48) horas después de una mastectomía; y
   b. veinticuatro (24) horas después de una disección de ganglios linfáticos.

   No se requiere la cantidad mínima de horas de hospitalización del Inscrito que recibe el tratamiento y el Proveedor tratante determina que un período más corto de atención para pacientes hospitalizados es adecuado.

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. Visitas al consultorio de salud mental para pacientes ambulatorios. El Plan cubrirá las consultas ambulatorias de salud mental al consultorio de la misma manera en que cubre otras consultas ambulatorias.
3. Procedimientos de salud mental para pacientes ambulatorios y programas intensivos para pacientes ambulatorios: Estará cubierto de la misma manera que otros procedimientos médicos para pacientes ambulatorios. Estos servicios pueden requerir Autorización previa como con otros procedimientos ambulatorios.
4. 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. El tratamiento para pacientes hospitalizados cuenta con cobertura 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 recibió una Autorización previa antes de Su estancia en el hospital. El Plan también cubrirá una estadía en el hospital que resulte de una Emergencia médica. Sin embargo, debe cumplir con los requisitos descritos en la sección a continuación relacionada con los servicios de emergencia.
5. Tratamiento 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 sin Autorización previa.
6. Tratamiento por abuso de sustancias o dependencia de sustancias químicas para pacientes hospitalizados y residenciales. Al igual que el resto de la atención para pacientes hospitalizados, el Plan cubrirá el tratamiento a corto plazo de treinta (30) días por abuso de sustancias o dependencia de sustancias químicas Médicamente necesario para pacientes hospitalizados o residenciales. La atención para pacientes hospitalizados o residenciales está cubierta solo si Usted recibió una Autorización previa antes de su estancia 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). Estos equipos médicos

duraderos deben ser estándares o básicos, tal y como se definen en las directrices nacionales reconocidas, están cubiertos si se suministran o distribuyen a través de un hospital 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.

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).

2. 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, HSA]) y a los Planes catastróficos que cumplen con los requisitos, según lo exige la ley federal. Si se utiliza un Proveedor no contratado, se aplicarán el Coseguro y el Deducible estándares del Plan de beneficios en lugar del 80 %. Las prótesis cubiertas se limitan al modelo más apropiado que satisfaga adecuadamente las necesidades médicas del Inscrito. Un Proveedor participante debe brindar las prótesis de brazos o piernas y los servicios relacionados. El Plan cubrirá las reparaciones y los reemplazos de las prótesis de brazos o piernas. Sin embargo, el Plan no cubrirá reparaciones y reemplazos necesarios a causa del uso indebido o la pérdida.
   a. 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:
      i. dispositivos que se requieren para reemplazar la parte o el órgano del cuerpo faltante o que no funciona;

ii. dispositivos proporcionados en relación con una enfermedad o lesión que ocurrió después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura;
iii. adaptación del dispositivo protésico inicial;
iv. el primer par de anteojos o lentes de contacto (hasta el límite permitido por Medicare) inmediatamente después de la cirugía de cataratas.

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

3. 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.
4. 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.
5. Prótesis de cuero cabelludo y peluca. El Plan cubre pelucas y prótesis de cuero cabelludo por pérdida de cabello debido al tratamiento contra el cáncer únicamente.
6. Nutrición enteral El Plan cubre productos de nutrición enteral y DME relacionados y suministros necesarios para brindar la nutrición enteral necesaria desde un punto de vista médico. La nutrición enteral debe ser prescrita por un médico, administrarse mediante alimentación por sonda y debe ser la principal fuente de nutrición para el Miembro. El Plan no cubre productos de nutrición oral incluso cuando los prescribe o administra un médico.

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

N. Servicios de emergencia

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

   En el caso de una emergencia médica, el Plan cubrirá los servicios de emergencia que se detallan a continuación. Estos servicios están cubiertos sin Autorización previa. Además, los servicios de emergencia relacionados con problemas de salud mental o abuso de sustancias están cubiertos al mismo nivel que los servicios de emergencia para

afecciones médicas. Los Servicios de emergencia están cubiertos incluso si el Proveedor no es un Proveedor participante. Consulte la definición de servicios de Atención de urgencia y emergencia.

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

a. 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.
b. Cobertura de servicios traumatológicos en centros de nivel I, nivel II u otro centro traumatológico designado adecuadamente de acuerdo con los protocolos de transporte y triaje de servicios médicos de emergencia establecidos; la cobertura de los servicios traumatológicos y todos los demás servicios de emergencia continuará al menos hasta que la persona cubierta esté estable desde el punto de vista médico, no precise cuidados críticos y se pueda realizar su traslado de manera segura a otro centro según el criterio del médico tratante o profesional de la salud en consulta con la HMO.
c. 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 alfa-fetoproteína 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 p. m., la cobertura continuará hasta las 8 a. m. a la mañana siguiente. Estos plazos podrían ser menores a discreción del Proveedor tratante y la Miembro. Si la madre y el niño reciben el alta hospitalaria antes de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al parto, se cubrirá una consulta para el recién nacido dentro de la primera semana de vida.
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. Visitas domiciliarias posparto: El Plan cubrirá 1 visita domiciliaria por parte de un Proveedor de atención médica con licencia cuyo alcance de la práctica sea la atención posparto dentro de las 48 horas posteriores al alta/parto si:
   a. si el parto se realiza en el hogar,
   b. en un centro de maternidad o
   c. se le da el alta hospitalaria antes de ser hospitalizada durante 48 horas.

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, incluidos radiografías y procedimientos de laboratorio. Consulte la información adicional en Limitaciones y exclusiones.
3. Cobertura anticonceptiva. En la actualidad, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha aprobado dieciocho (18) métodos anticonceptivos diferentes. Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA tienen opciones disponibles que están cubiertas por esta Póliza sin costo compartido, según lo exige la ley federal y estatal.

Q. Servicios de atención médica domiciliaria

1. Cobertura general. El Plan cubrirá la atención médica domiciliaria proporcionada a un Inscrito que esté bajo el cuidado directo de un Proveedor participante. Entre los servicios se incluirán consultas de los Proveedores participantes a la casa del Inscrito. Las consultas se limitarán al tiempo habitual requerido para realizar los servicios particulares.
2. Se proporciona cobertura para los siguientes casos.
   a. Atención de enfermería domiciliaria intermitente o de tiempo parcial para lo siguiente:
      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. 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 DME.
   i. Servicios de enfermería privada cuando los preste un RN o LPN y los solicite un Proveedor participante, y cuando Usted reciba administración de casos activa

(requiere Autorización previa); el límite anual del Plan es de 85 visitas por Año del plan.

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 ni Beneficios de salud domiciliaria.

   Los servicios prestados se limitarán a los servicios profesionales que se indican en la sección 2.a. arriba y no cubrirán los servicios ni suministros de cuidado personal no calificado para la comodidad o conveniencia privadas.
   - Las visitas se limitan a treinta (30) visitas por año.
   - 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 atención médica domiciliaria no requieren una Autorización previa.

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, 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 del Inscrito como candidato a trasplante, tipificación de tejido, procedimiento de trasplante cubierto, atención de seguimiento programada y medicamento antirrechazo.
3. Donantes. Cuando el destinatario de un trasplante cubierto es un Inscrito, el Plan pagará ciertos costos de donante. En esto se incluyen los costos directamente relacionados con la aceptación de un órgano. También se incluyen los costos 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.
4. Condiciones. Todos los servicios de trasplante requieren una Autorización previa. Sin embargo, el Inscrito primero debe ser aceptado en el programa de trasplante en uno de

los Centros de atención especializada del Plan. La cobertura también puede estar sujeta a la aprobación por parte de un comité de evaluación apropiado y designado por el Plan. El comité considerará factores como la eficacia del tratamiento para mejorar la duración y calidad de vida, la mortalidad y morbilidad asociadas con el tratamiento, los métodos de tratamiento alternativos, la bibliografía médica y científica actual, las posturas de organismos gubernamentales con respecto al tratamiento, las normas asistenciales de la comunidad y la afección física y mental del Inscrito. El Plan cubrirá la búsqueda de donantes y las pruebas de aceptabilidad de posibles donantes de amor, así como el almacenamiento a corto plazo de órganos y tejidos donados.

5. Exclusiones. El Plan no cubre los costos de búsqueda, selección, transporte o almacenamiento de la médula ósea o los órganos.

S. Centro de atención paliativa

1. Cobertura general. El Plan cubre la atención física, psicológica, espiritual y de luto para los Inscritos en la última etapa de enfermedades terminales y sus familias. Los servicios cubren una variedad de cuidados para pacientes hospitalizados y atención médica domiciliaria las veinticuatro (24) horas. Se puede proporcionar atención médica domiciliaria. También se puede brindar en un Centro de atención paliativa del Proveedor participante u otro centro de dicho Proveedor participante. En los servicios se incluyen, entre otros, los siguientes: enfermería, Proveedores, 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 de proveedores
   - 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.

- 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 el ciego).
      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 treinta (30) días por Año del plan.
3. Servicios de rehabilitación. El Plan cubrirá los servicios de terapeutas autorizados que prestan servicios de rehabilitación a corto plazo, incluidas la fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. La cobertura del Plan se limita a treinta (30) visitas combinadas para terapia física, ocupacional y del habla por Año del plan. No hay limitaciones de visitas para estos servicios con respecto a trastornos de salud mental o abuso de sustancias. Los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados requieren una Autorización previa. El Plan no cubrirá los servicios para afecciones crónicas o recurrentes que no muestren una mejora significativa prolongada dentro del plazo permitido.
4. Servicios de habilitación. En los servicios de habilitación se incluyen servicios que ayudan a una persona a conservar, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria. Entre algunos ejemplos se incluyen la terapia para un Hijo cubierto que no camina ni habla a la edad prevista. En estos servicios se incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla-lenguaje y otros servicios para Inscritos con discapacidades.
   a. La cobertura del Plan se limita a treinta (30) visitas de habilitación por terapia por Año del plan. No hay limitaciones de visitas para estos servicios con respecto a trastornos de salud mental o abuso de sustancias.
   b. Los servicios de habilitación para pacientes hospitalizados requieren una Autorización previa. El Plan no cubrirá los servicios para afecciones crónicas o recurrentes que no muestren una mejora significativa prolongada dentro del plazo permitido.
5. Servicios cardíacos.
   A. Rehabilitación cardíaca: El tratamiento en un programa se proporciona si un Proveedor participante lo indica o recomienda y lo brindan terapeutas participantes en centros participantes. Los criterios clínicos se utilizan para

determinar la candidatura adecuada para el programa. Límite del Plan de 36 visitas por Año del plan.

B. Beneficios de pruebas de detección temprana de enfermedades cardiovasculares: Los beneficios de pruebas de detección temprana de enfermedades cardiovasculares están disponibles para una de las siguientes pruebas de detección no invasivas de ateroesclerosis y estructura y función arteriales anormales cada cinco (5) años cuando son realizadas por un laboratorio certificado por una organización nacional reconocida: Exploración por tomografía computarizada (TC) para medir las calcificaciones de la arteria coronaria; o ecografía para medir el grosor de la íntima media carotídea y la placa.

   Las pruebas están disponibles para cada Persona cubierta que sea (1) un hombre mayor de cuarenta y cinco (45) años y menor de setenta y seis (76) años, o (2) una mujer mayor de cincuenta y cinco (55) años y menor de setenta y seis (76) años. La persona debe ser diabética o tener un riesgo de desarrollar enfermedad cardíaca coronaria, en función de un puntaje derivado mediante el algoritmo de predicción coronaria del estudio cardíaco de Framingham que sea intermedio o superior.

6. Rehabilitación pulmonar. El tratamiento en un programa se proporciona si un Proveedor participante lo indica o recomienda y lo brindan terapeutas participantes en centros participantes. Límite del Plan de 18 visitas por Año del plan.
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 aplicarán todas las 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 significativa; reducción de una dislocación de la escisión e inyección de la articulación temporomandibular, excepto según se excluya en virtud del Plan.

- Tratamiento para lesiones accidentales a dientes naturales sanos (se limita al tratamiento de dientes traumatizados y tejidos circundantes).
- Extirpación de neoplasias no relacionadas con los dientes, incluidos tumores y quistes benignos y todas las lesiones y crecimientos malignos y precancerosos.
- Incisión y drenaje de absceso facial.
- Procedimientos quirúrgicos que involucren glándulas y conductos salivales y procedimientos no dentales de los senos paranasales accesorios.
- Extracción de dientes óseos impactados completos.

El Plan no cubre otros servicios de cirugía oral, a menos que lo exija la ley de Oklahoma.

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. Esto se suma a los servicios de visión pediátrica descritos en la sección mencionada anteriormente que se relaciona con los Beneficios de la visión y dentales infantiles. 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.
11. Exámenes auditivos y audífonos. El Plan cubrirá las pruebas de audición. 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. Se proporciona cobertura para la adquisición, la reparación y el reemplazo de un (1) audífono Médicamente necesario una vez cada cuarenta y ocho (48) meses. 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.

12. Medicamentos con receta. Los medicamentos con receta cuentan con la cobertura de Su Plan de beneficios de la siguiente manera:
    - Los medicamentos para pacientes hospitalizados aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) cuentan con cobertura cuando Usted se encuentre en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
    - Los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios están cubiertos y sujetos al Formulario del plan. El formulario del Plan es una lista de medicamentos aprobados por la FDA que se ha revisado y recomendado para su uso en función de su calidad y rentabilidad. Su cobertura de medicamentos recetados se limita a los medicamentos enumerados en Nuestro formulario. Además del requisito de que el medicamento esté incluido en el formulario de Friday, la cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios está sujeta a lo siguiente:
        - Los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios 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 reglamentaciones de implementación de la FDA en la Parte 316 de la Sección 21 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).
  - Los medicamentos con receta para la insulina y otros fármacos para la diabetes que reúnan los requisitos no le costarán al Miembro más de $30 por cada suministro por 30 días y $90 por cada suministro de 90 días.
  - 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 del medicamento con receta para pacientes ambulatorios adquirido a través de una farmacia fuera de la red menos el Deducible, el Copago o el Coseguro aplicables establecidos en el programa de beneficios.
  - Los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios provistos por una farmacia dentro de la red del Plan se proporcionarán sujetos al Copago o Coseguro establecidos en el programa de beneficios.
  - No se excluirá ni restringirá el uso no autorizado de medicamentos aprobados por la FDA para usarse en los tratamientos de cáncer si dichos medicamentos:
    - Se recetan para el uso aprobado por la FDA y el tratamiento.
    - Son reconocidos por el compendio de referencia autorizado según lo identificado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
    - Se usarán para tratar los Servicios cubiertos.
  - La cobertura también está disponible para paquetes de medicamentos sincronizados dispensados por la farmacia. El Proveedor que receta y el Inscrito deben aceptar que la sincronización de las fechas de resurtido de los surtidos de medicamentos es lo mejor para el Inscrito. El copago del medicamento se basará en la parte prorrateada de los costos sincronizados del medicamento.

El Plan se reserva el derecho de limitar la cantidad máxima de un medicamento con receta para pacientes ambulatorios cubierto por el Copago o Coseguro. El Copago o Coseguro aplicables cubren el monto menor de un suministro por treinta (30) días o de 100 unidades o un envase comercial estándar, por receta. El Plan cubrirá un suministro de hasta 90 días para medicamentos de mantenimiento genéricos de venta minorista o pedidos por correo, excepto medicamentos especializados y narcóticos. Los medicamentos de nivel especializado siempre están sujetos al pago de Copago o Coseguro para el suministro por treinta (30) días.

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. La diferencia no se aplicará al Deducible ni al Desembolso máximo. Esto se exime si el Proveedor que receta designa el medicamento con receta que se entregará según lo indicó y existe una razón médica por la cual un medicamento genérico no satisface las necesidades médicas del Miembro.

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 o cuando se haya utilizado el 70 % de las unidades de dosis 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. El frasco adicional de gotas oftálmicas con receta cuenta con cobertura si i) el asegurado o el Proveedor de atención médica solicitan tal frasco en el momento de surtir el medicamento con receta original y ii), en la receta original, se indica 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 selectos no estén cubiertos a menos que el 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.

La terapia escalonada no se aplicará a medicamentos recetados para el cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro y afecciones asociadas si el uso del medicamento recetado es coherente con las mejores prácticas para el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro una afección asociada, respaldado por bibliografía basada en evidencia y revisada por pares, y aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Los medicamentos e inyectables no incluidos en el formulario del Plan están excluidos. Nos reservamos el derecho de modificar el formulario del Plan periódicamente. Las adiciones al formulario se pueden hacer en cualquier momento, pero eliminaremos los medicamentos e inyectables del formulario solo en el momento de la renovación del Plan.

Los beneficios para medicamentos Médicamente necesarios recetados para tratar una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal están disponibles en virtud del Plan si el medicamento:

1. Ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos para al menos una indicación.
2. Es reconocido por lo siguiente para el tratamiento de la indicación para la cual se receta el medicamento:
   a. Un compendio de referencia de medicamentos recetados aprobado por el Departamento de Seguros de Oklahoma o
   b. Bibliografía médica revisada por pares sustancialmente aceptada.

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 Friday acepta su solicitud, cubriremos el medicamento que no pertenece al formulario durante la vigencia de la receta. Si Friday 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 Apelaciones y Reclamaciones 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 que se apruebe la excepción. Una vez cumplido lo anterior, tendremos en cuenta Su solicitud. Si Su solicitud se aprueba, cubriremos el medicamento que no pertenece al formulario durante la vigencia de la receta. Esto puede aprobarse para un plazo específico y se 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 los plazos estándares pueden causar un daño grave a Su salud, 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 Su Proveedor pueden solicitar el acceso a medicamentos clínicamente apropiados que de otro modo no cuentan con la cobertura del Plan a través del proceso especial de excepciones. 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 Su médico (en función de la solicitud por escrito que Usted confeccione para permitir que Su Proveedor realice esta acción en Su nombre) pueden solicitar la revisión externa de la decisión por parte de una organización de revisión independiente.

El Plan de salud proporcionará cobertura, sin Autorización previa, para un (1) suministro por cinco (5) 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 (1.^{era}) solicitud dentro de un período de doce (12) 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 1-844-817-1600.

13. Medicamentos orales contra 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 si 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 nivel nacional, clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, lugar de la extensión y duración, y no principalmente para la conveniencia del paciente, Proveedor 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.

Los medicamentos que cumplan con los criterios anteriores tendrán un costo compartido limitado a $100 por receta. Los $100 incluirán todos los Copagos, Coseguros y Deducibles.

14. Atención de rutina durante ensayos clínicos.
    a. Ensayos clínicos aprobados: Los Servicios cubiertos pueden ser elegibles para cobertura cuando se reciben en relación con un ensayo clínico de Fase I, Fase II, Fase III o Fase 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 tal ensayo clínico, Usted debe participar en él a través del Proveedor participante, a menos que el ensayo clínico se lleve adelante fuera del estado donde vive.
        - El ensayo clínico es:
            - financiado por el gobierno federal;
            - realizado bajo una solicitud de nuevo fármaco en investigación de la FDA;
            - un ensayo de un fármaco que está exento del requisito de una solicitud de nuevo fármaco en investigación de la FDA.

Para los Servicios cubiertos relacionados con un ensayo clínico aprobado, Usted pagará el costo compartido correspondiente, tal como se muestra en programa de beneficios, que pagaría si los Servicios cubiertos no estuvieran relacionados con el 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.
- Todo 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” es un tipo de estudio clínico en el que los participantes son asignados a grupos que reciben una o más intervenciones/tratamientos (o ninguna intervención) para que los investigadores puedan evaluar los efectos de las intervenciones en los resultados biomédicos o relacionados con la salud. Las asignaciones están determinadas por el protocolo del estudio. Los participantes pueden recibir intervenciones de diagnóstico, terapéuticas o de otro tipo.
- “Costo de atención de rutina para pacientes” hace referencia a todos los artículos y servicios que son un beneficio en virtud de un plan de cobertura de salud que se cubriría si la persona cubierta no estuviera involucrada en los grupos experimentales o de control de un ensayo clínico, excepto el artículo o servicio de investigación en sí mismo; 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 exclusiva 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.

15. Servicios para personas transgénero. El Plan 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, uretropoplastia, vaginoplastia, vulvoplastia, floplastia.
            - 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. Admonioplastia, 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, osteoplastia facial, liposucción, resurgimiento de la piel.

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:

a. 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.

   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 Proveedores que actúan dentro del ámbito de la licencia de 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. El Plan cubrirá los servicios que estén dentro del alcance de una licencia de quiropráctico. Sin límite por Año del plan, pero se requiere Autorización previa después de las primeras 30 visitas.
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. Procedimientos, tratamientos, dispositivos, productos o servicios de atención médica, quirúrgicos o médicos que sean experimentales o de investigación.
5. Servicios de un Proveedor que no sea participante, excepto en caso de Emergencia médica o necesidad de urgencia del Inscrito fuera del Área de servicio o como se indica en otra parte de esta Póliza.
6. Servicios o suministros para cualquier enfermedad, afección o lesión recibidas al estar preso en una instalación penal del condado, estatal o federal.
7. Una habitación privada o un servicio de enfermería privado o especial cuando el Inscrito está ingresado en un hospital.
8. Servicios de cualquier persona que no sea un Proveedor, un profesional que actúe bajo la supervisión de un Proveedor 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 Oklahoma. 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.
9. Acupuntura y acupresión, independientemente de que las brinde un Proveedor o no.
10. Servicios prestados en relación con el tratamiento de dientes o encías, aumento o reducción de mandíbula superior o inferior, o reconstrucción cosmética, o cirugía ortognática. En estos servicios se incluyen tratamiento para trastornos de la articulación temporomandibular, independientemente de la causa, excepto aquellos Servicios cubiertos de forma específica en esta Póliza. Todos los servicios dentales no identificados en este documento. 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 este documento.
11. Servicios no quirúrgicos (restauraciones dentales, ortodoncia o fisioterapia) o no diagnósticos o suministros (aparatos bucales, férulas bucales, ortopedia bucal, dispositivos o prótesis) brindados para el tratamiento de la articulación temporomandibular y todos los músculos y nervios adyacentes o relacionados.
12. Hogares de ancianos y atención de custodia.
13. Refracciones o exámenes oculares, excepto según se cubra específicamente en esta Póliza. Anteojos y todos los demás tipos de equipos o dispositivos correctores de la visión. En esto se incluyen lentes de contacto, ejercicios para la visión, análisis visual,

terapia o capacitación, queratoplastia radial, queratotomía fotorrefractiva y lensectomía clara.

14. Exámenes de detección auditiva, excepto según se cubre específicamente en esta Póliza. Audífonos, dispositivos de enmascaramiento u otros aparatos auditivos o el ajuste de dichos dispositivos, excepto según se cubre específicamente en esta Póliza.
15. Equipo médico duradero o dispositivos de prótesis u ortopédicos de lujo, a menos que sean Médicamente necesarios, según lo determine el Plan. El Plan cubrirá los equipos estándares para satisfacer las necesidades de los Miembros.
16. Equipo médico duradero, dispositivos de prótesis y ortopédicos y lentes para cataratas ordenados antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Plan. Esto es válido incluso si se entregan después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Plan.
17. Reparación o reemplazo de cualquier equipo médico duradero o dispositivo de prótesis u ortopédico que sean resultado del uso indebido.
18. Las baterías no se pueden usar en dispositivos médicos implantables. Equipos de Proveedores, como esfigmomanómetros, estetoscopios, etc.
19. Todos los suministros desechables, sin receta o de venta libre. En estos se incluyen elementos como vendas y férulas, equipos de ejercicio e higiene, zapatos correctores y soportes de arco y prendas de soporte. También se incluyen dispositivos no exclusivamente médicos por naturaleza, como, entre otros, baños de sauna, spas, ascensores, aires acondicionados o filtros, humidificadores y deshumidificadores, equipos que pueden utilizarse después de que se satisface la necesidad médica, como sillas ortopédicas y motonetas motorizadas, y modificaciones a los vehículos domésticos o motorizados. Las excepciones a esta exclusión serían artículos o medicamentos de venta libre para los que se requiere su cobertura por estatutos o regulaciones federales o estatales.
20. Cirugía u otros servicios o suministros de atención médica para corregir, restaurar o mejorar partes del cuerpo que probablemente no provoquen una mejora significativa en la función corporal. En esto se incluyen, entre otros, implantes mamarios, excepto aquellos cubiertos después de una mastectomía debido al cáncer de mama.
21. Productos cosméticos, de salud y belleza, y servicios y medicamentos relacionados con el diagnóstico y tratamiento del envejecimiento de la piel o para reducir o retrasar sus efectos. Servicios cosméticos que estén destinados principalmente a cambiar o conservar Su apariencia y que no provocarán una mejora importante en su capacidad física. En esto se incluye la cirugía cosmética relacionada con la cirugía bariátrica.
22. Preparación y presentación de informes médicos o psicológicos o exámenes físicos requeridos principalmente para la protección y comodidad del Inscrito o terceros. En esto se incluyen, entre otros, exámenes o informes para eventos escolares, campamentos, empleo, matrimonio, ensayos o audiencias y licencias y seguros. Sin embargo, los exámenes pueden cubrirse cuando se realizan como examen físico programado.
23. Vacunas obligatorias por el propósito de viajar fuera de los Estados Unidos continentales.
24. Todas las afecciones relacionadas con el servicio militar.

25. Pago de atención por afecciones que la ley estatal o local requieran que se traten en un establecimiento público.
26. Todos los servicios relacionados con la reversión de la infertilidad (esterilización) inducida quirúrgicamente y voluntaria.
27. Todos los servicios y suministros 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 inseminación artificial, la fertilización in vitro, los trasplantes de embriones y los procedimientos de transferencia intratubárica de cigotos y de gametos no están cubiertos. Estas exclusiones se aplican a personas o parejas fértiles e infértiles.
28. Complicaciones causadas por el tratamiento de la infertilidad.
29. Abortos provocados.
30. 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. Esto incluye procedimientos quirúrgicos, como la cirugía bariátrica, incluso si el Miembro tiene otras afecciones de salud que podrían mejorar por una reducción de la obesidad o del peso, excepto por el asesoramiento sobre dietas saludables y el asesoramiento/la detección de la obesidad, según se estipule en Servicios preventivos.
31. Todos los trasplantes de órganos y tejidos o el rescate de células madre autólogo no se identifican explícitamente como Servicios cubiertos.
32. Servicios para un donante de órganos o futuro donante cuando el receptor del trasplante no es un Inscrito.
33. Costos de búsqueda, selección, transporte y almacenamiento de la médula ósea y los órganos.
34. Trasplantes desaprobados por el comité de evaluación apropiado.
35. Artículos de comodidad personal, como televisión, teléfono, lociones, champús, comidas en el hogar, comidas para los huéspedes en los centros para pacientes hospitalizados, servicios de limpieza, etc.
36. Diagnóstico y tratamiento para el retraso mental, trastornos de aprendizaje o del comportamiento, problemas 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.
37. A menos que se identifiquen específicamente como Servicios cubiertos, cualquier prueba de capacidad, estado del desarrollo, inteligencia, aptitud o interés, o terapia del sueño para el insomnio.
38. Servicios de rehabilitación a largo plazo.
39. Tratamiento quirúrgico u hospitalización para el tratamiento de la impotencia, dispositivos de prótesis o ayuda.
40. Pruebas genéticas, asesoramiento o ingeniería, a menos que se indique lo contrario en este documento.

41. Terapia recreativa o educativa, capacitación o terapia no médica de autoayuda y terapia del sueño.
42. Cargos de bancos de huesos y ojos.
43. Orientación o capacitación en relación con asuntos sexuales, maritales u ocupacionales.
44. Ejercicios ortópticos y pleópticos, análisis visual, terapia o capacitación visuales.
45. Servicios que el Inscrito no tendría que pagar en ausencia de cobertura del Plan.
46. Servicios prestados por una persona que vive en el hogar del Inscrito. Servicios prestados por un familiar inmediato del Inscrito.
47. El tratamiento de cualquier lesión o enfermedad que surja de cualquier trabajo remunerado, o como resultado de este. Sin embargo, esta exclusión no se aplicará cuando el Inscrito no esté obligado a tener cobertura por una Política de indemnización laboral y, de hecho, no tenga dicha cobertura. Esto se aplicaría en los siguientes casos:
    - Un único propietario si el Empleador es una empresa de propiedad exclusiva.
    - Un socio del empleador, o alguien con quien el Empleador esté asociado.
    - Un funcionario ejecutivo del empleador si el Empleador es una corporación.
48. 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).
49. Medicamentos de venta libre que no sean insulina.
50. Ciertos inyectables que se obtengan a través de una farmacia (que no sean insulina).
51. Medicamentos con receta que tengan un equivalente de venta libre (p. ej., Monistat 7, Disobrom, etc.).
52. Fórmulas dietarias y anorexígenos para la pérdida de peso.
53. Los medicamentos anticonceptivos de venta libre o los dispositivos que no requieran receta no están cubiertos.
54. Los medicamentos o las inyecciones para el tratamiento de la infertilidad involuntaria no están cubiertos.
55. Los medicamentos abortivos no están cubiertos.
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 con receta que un Inscrito tiene derecho a recibir sin cargo alguno de la Ley de Indemnización Laboral o seguro de responsabilidad por accidentes automovilísticos.
60. 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.
61. Resurtir un medicamento con receta que supere la cantidad especificada. Cualquier resurtido dispensado después de un año del pedido original.
62. Terapia psiquiátrica en virtud de la libertad condicional, el período de prueba o la orden judicial, a menos que se identifique específicamente como cubierta.

63. Análisis capilar.
64. Atención de rutina para los pies (incluido el tratamiento de callos, callosidades y corte de uñas), excepto en el tratamiento de la diabetes. Atención de pies en relación con pies planos, arcos caídos, pies débiles, tensión crónica o malestares sintomáticos de los pies.
65. Ejercicios posparto.
66. Servicios sustitutos
67. Servicios para afecciones que surjan o empeoren como resultado del rechazo del Inscrito a aceptar el tratamiento recomendado por un Proveedor participante.
68. 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).
69. Cualquier servicio de ambulancia que no sea Médicamente necesario. El servicio de ambulancia Médicamente necesario se presta si está autorizado por parte del Proveedor de atención primaria del Inscrito previo al transporte o con posterioridad a este si el Plan lo autoriza 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. Si los servicios son denegados, puede apelar la decisión (consulte la sección Apelaciones y Quejas para obtener más información).
70. Se excluyen todos los costos relacionados con embarazos por subrogación de vientre y partos de personas que no sean Miembros. Cargo por madre sustituta.
71. Nutrición enteral, excepto según lo ordenado por los estatutos o las regulaciones.
72. Friday no cubre ningún servicio de atención médica proporcionado o cargos facturados como resultado de lesiones, afecciones o discapacidades sufridas mientras 1) comete o intenta cometer un acto delictivo; 2) participa en una ocupación ilegal; o 3) participa en un disturbio, rebelión o insurrección.
73. Servicios, atención o tratamiento de complicaciones médicas que surjan de los Servicios no cubiertos o que estén relacionados con estos.
74. Todo beneficio que exceda las limitaciones de cualquier día, visita o año calendario.

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 DETALLADOS EN EL CRONOGRAMA DE BENEFICIOS

Usted será responsable de pagar los montos de copago, coseguro y deducible descritos en el programa de beneficios. Su Límite máximo de gastos de bolsillo incluye todos los montos de copagos, coseguros y deducibles. Sin embargo, estos montos pueden reducirse si Usted es elegible para subsidios de costos compartidos.

También será responsable de pagar cualquier servicio de atención médica que no califique como Servicios cubiertos. Por último, en la mayoría de los casos, se le exigirá que pague los servicios de atención médica que reciba de un Proveedor de atención médica que no sea un Proveedor participante y aquellos que se brindaron sin la 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 no participante o los servicios prestados sin la 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 de 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.

COORDINACIÓN CON OTRA COBERTURA

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS

La disposición sobre la Coordinación de Beneficios (COB) se aplica cuando Usted tiene cobertura de atención de salud en virtud de más de un plan. El Plan se define a continuación.

Las reglas de determinación del orden de los beneficios rigen el orden en que cada plan pagará un reclamo de beneficios. El plan que paga primero se denomina “plan primario”. El plan primario debe pagar los beneficios de acuerdo con los términos de su Póliza sin tener en cuenta la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes sean iguales al 100 % del gasto total admisible.

DEFINICIONES

a. Un “plan” es cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios para atención o tratamiento médico o dental. Si se utilizan contratos separados para proporcionar cobertura coordinada para los miembros de un grupo, los contratos separados se consideran partes del mismo plan y no hay COB entre esos contratos separados.
    1. El plan incluye: pólizas de grupo, seguro general o seguro médico y contra accidentes con franquicias, excluida la cobertura de protección de ingresos por discapacidad; evidencias de cobertura de la organización de mantenimiento de la salud individual y grupal; pólizas de seguro de salud y por accidentes individuales; planes de beneficios de Proveedores preferidos individuales y grupales, y planes de beneficios de Proveedores exclusivos; contratos de seguro grupal, contratos de seguro individual y contratos de suscriptor que pagan o reembolsan el costo de la atención dental; componentes de atención médica de pólizas grupales e individuales vigentes; acuerdos no asegurados de cobertura grupal o de tipo grupal; la cobertura de beneficios médicos en contratos de seguro de automóviles; y Medicare u otros beneficios gubernamentales, según lo permita la ley.
    2. El plan no incluye: cobertura de protección de ingresos por discapacidad; el Grupo de seguro médico de Oklahoma; cobertura de seguro de indemnización laboral; cobertura de indemnización por hospitalización u otra cobertura de indemnización fija; cobertura de enfermedad especificada; cobertura de beneficios complementarios; cobertura solo por accidente; cobertura por accidente especificada; coberturas escolares contra accidentes que cubren a los estudiantes por accidentes únicamente, como lesiones atléticas, ya sea “veinticuatro (24) horas” o “hacia y desde la escuela”; beneficios proporcionados en contratos de seguro de atención a largo plazo para servicios no médicos, por ejemplo, cuidado personal, cuidado diurno para adultos, servicios domésticos, asistencia con las actividades de la vida diaria, atención de relevo, y atención de custodia o para contratos que pagan un beneficio diario fijo sin tener en cuenta los gastos incurridos o la recepción de servicios; pólizas complementarias de Medicare; un plan estatal en virtud de Medicaid; un plan gubernamental que, por ley, proporciona beneficios que superan los de cualquier póliza privada diseñada para integrarse completamente con otras pólizas a través de un deducible variable.

    Cada contrato de cobertura en virtud de (1)(a) o (1)(b) es un plan separado. Si un plan tiene dos partes y las reglas de la COB solo se aplican a una de las dos, cada una de las partes se trata como un plan separado.

b. “Este plan” significa, en una disposición del COB, la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica a los que se aplica la disposición de la COB, y que puede reducirse debido a los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporcione beneficios de atención médica es independiente de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición de la COB a ciertos beneficios, como los beneficios dentales, que se coordinan solo con beneficios similares, y puede aplicar otras disposiciones de COB separadas para coordinar otros beneficios. El orden de las reglas

de determinación de beneficios determina si este plan es un plan primario o secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica en virtud de más de un plan. Cuando este plan es primario, determina el pago de sus beneficios antes que los de cualquier otro plan sin considerar ningún otro beneficio del plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del plan equivalgan al 100 % del gasto total permitido.

c. Los “gastos permitidos” son gastos de atención médica, incluidos Deducibles, Coseguros y Copagos, que están cubiertos, al menos en parte, por cualquier plan que cubra a la persona. Cuando un plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor en efectivo razonable de cada servicio se considerará un gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan que cubra a la persona no es un gasto permitido. Además, cualquier gasto que un Proveedor de atención médica o Proveedor por ley o de acuerdo con un acuerdo contractual tenga prohibido cobrar a una persona cubierta no es un gasto permitido.

   Los siguientes son ejemplos de gastos que no son gastos permitidos:

   1. La diferencia entre el costo de una habitación de hospital semiprivada y una habitación de hospital privada no es un gasto permitido, a menos que uno de los planes proporcione un excedente para los gastos de habitación de hospital privada.
   2. Si una persona está cubierta por dos o más planes que no tienen tarifas negociadas y calculan sus pagos de beneficios en función de las tarifas habituales y acostumbradas, los montos permitidos o la metodología de reembolso del programa de valor relativo, u otra metodología de reembolso similar, cualquier monto que supere el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un gasto permitido.
   3. Si una persona está cubierta por dos o más planes que proporcionan beneficios o servicios sobre la base de honorarios negociados, un monto que supere los honorarios negociados más altos no es un gasto permitido.
   4. Si una persona está cubierta por un plan que no tiene tarifas negociadas y que calcula sus beneficios o servicios en función de las tarifas habituales y acostumbradas, los montos permitidos, la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, y otro plan que proporciona sus beneficios o servicios en función de las tarifas negociadas, el acuerdo de pago del plan primario debe ser el gasto permitido para todos los planes. Sin embargo, si el Proveedor de atención médica o el Proveedor tiene un contrato con el plan secundario para proporcionar el beneficio o servicio por una tarifa negociada específica o un monto de pago diferente del acuerdo de pago del plan primario y si el contrato del Proveedor de atención médica o del Proveedor lo permite, la tarifa o el pago negociados deben ser los gastos permitidos utilizados por el plan secundario para determinar sus beneficios.
   5. El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del plan primario porque una persona cubierta no ha cumplido con las disposiciones del plan no es un gasto

permitido. Los ejemplos de estos tipos de disposiciones del plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, Autorización previa de admisiones y acuerdos de Proveedores de atención médica preferidos y Proveedores.

d. El “monto permitido” es el monto de un cargo facturado que una aseguradora determina que está cubierto por los servicios prestados por un Proveedor de atención médica no preferido o Proveedor, el monto permitido incluye tanto el pago de la aseguradora como cualquier monto de Deducible, Copago o Coseguro aplicable del cual el asegurado sea responsable.
e. El “plan de panel cerrado” es un plan que proporciona beneficios de atención médica a las personas cubiertas principalmente en forma de servicios a través de un panel de Proveedores de atención médica y Proveedores que tienen un contrato con el plan o que son empleados de este, y que excluye la cobertura de servicios proporcionados por otros Proveedores de atención médica, excepto en casos de emergencia o derivación por parte de un miembro del panel.
f. El “padre o madre con custodia” es el padre o la madre con derecho a designar la residencia principal de un niño mediante una orden judicial en virtud del Código de Familia de Oklahoma u otra ley aplicable, o en ausencia de una orden judicial, es el padre o la madre con quien el niño reside más de la mitad del año calendario, sin incluir las visitas temporales.

REGLAS DE DETERMINACIÓN DE ORDEN DE BENEFICIOS

Cuando una persona está cubierta por dos o más planes, las reglas para determinar el orden de los pagos de beneficios son las siguientes:

a. El plan primario paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios bajo cualquier otro plan.
b. Salvo lo dispuesto en (c), un plan que no contiene una disposición de COB que sea coherente con esta política siempre es primario a menos que las disposiciones de ambos planes indiquen que el plan que cumple es primario.
c. Cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y establece que esta cobertura complementaria debe ser adicional a cualquier otra parte del plan proporcionado por el titular del contrato. Algunos ejemplos de estos tipos de situaciones son las coberturas médicas principales que se superponen a los beneficios quirúrgicos y hospitalarios del plan base, y la cobertura del tipo de seguro que se escribe en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.
d. Un plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro plan al calcular el pago de sus beneficios solo cuando sea secundario a ese otro plan.
e. Si el plan primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario no lo es, el plan secundario debe pagar o proporcionar beneficios como si fuera el plan primario cuando una persona cubierta utiliza un Proveedor de atención médica no contratado o un Proveedor, excepto para servicios de emergencia o derivaciones autorizadas que el plan primario paga o proporciona.
f. Cuando múltiples contratos que proporcionan cobertura coordinada se tratan como un solo plan en virtud de este subcapítulo, esta sección se aplica solo al plan en su conjunto,

y la coordinación entre los contratos componentes se rige por los términos de los contratos. Si más de una aseguradora paga o proporciona beneficios en virtud del plan, la aseguradora designada como principal dentro del plan debe ser responsable del cumplimiento del plan con este subcapítulo.

g. Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, las reglas del orden de determinación de beneficios de este subcapítulo deciden el orden en el que se determinan los beneficios de los planes secundarios en relación entre sí. Cada plan secundario debe tener en cuenta los beneficios del plan o los planes primarios y los beneficios de cualquier otro plan que, según las reglas de este contrato, hayan sido determinados antes que los de ese plan secundario.

h. Cada plan determina su orden de beneficios mediante la primera de las siguientes reglas que se aplican.

    1. No Dependiente o Dependiente. El plan que cubre a la persona que no sea un Dependiente, por ejemplo, como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado, es el plan primario, y el plan que cubre a la persona como Dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es un beneficiario de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan que cubre a la persona como Dependiente y primario al plan que cubre a la persona como Dependiente, entonces el orden de los beneficios entre los dos planes se revierte para que el plan que cubre a la persona como empleado, asegurado, asegurado, suscriptor o jubilado sea el plan secundario y el otro plan sea el plan primario. Un ejemplo incluye a un empleado jubilado.

    2. Hijo dependiente cubierto por más de un plan. A menos que exista una orden judicial que indique lo contrario, los planes que cubren a un Hijo dependiente deben determinar el orden de los beneficios mediante las siguientes reglas que se aplican.

        A. Para un Hijo dependiente, cuyos padres están casados o viven juntos, independientemente de si alguna vez han estado casados o no:

            i. el plan del padre cuyo cumpleaños cae antes en el año calendario es el plan primario; o

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

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

            i. Si una orden judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos y la cobertura de atención médica del Hijo dependiente y el plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, entonces ese plan es primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que el plan recibe la notificación del decreto judicial.

            ii. Si una orden judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o la cobertura de

atención médica del Hijo dependiente, las disposiciones de (h)(2)(A) deben determinar el orden de los beneficios.

iii. Si una orden judicial declara que ambos padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de los dos tiene la responsabilidad de los gastos y la cobertura de atención médica del Hijo dependiente, las disposiciones de (h)(2)(A) deben determinar el orden de los beneficios.

iv. Si no existe una orden judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de asistencia sanitaria del Hijo a cargo o de la cobertura sanitaria, el orden de las prestaciones para el Hijo es el siguiente:

I. El plan que cubre al padre con custodia.

II. El plan que cubre al esposo del padre con custodia.

III. El plan que cubre al padre sin custodia.

IV. El plan que cubre al esposo del padre sin custodia.

C. Para un Hijo dependiente cubierto por más de un plan de personas que no son sus padres, las disposiciones de (h)(2)(A) o (h)(2)(B) deben determinar el orden de los beneficios como si esas personas fueran sus padres.

D. Para un Hijo dependiente que tiene cobertura en virtud de uno o ambos planes de los padres y tiene su propia cobertura como Dependiente en virtud del plan de un cónyuge, se aplica (h) (5).

E. En el caso de que la cobertura del Hijo dependiente en virtud del plan del cónyuge comience en la misma fecha que la cobertura del Hijo dependiente en virtud de uno o ambos planes de los padres, el orden de los beneficios debe determinarse aplicando la regla de cumpleaños en (h)(2)(A) al padre/la madre del Hijo dependiente y al cónyuge del Dependiente.

3. Empleado activo, jubilado o despedido. El plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no es despedido ni jubilado, es el plan primario. El plan que cubre a la misma persona que un empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es Dependiente de un empleado activo y esa misma persona es Dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el plan que cubre a la misma persona como empleado jubilado o despedido o como Dependiente de un empleado jubilado o despedido no tiene esta regla y, como resultado, los planes no acuerdan el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si (h) (1) puede determinar el orden de los beneficios.

4. Cobertura de continuación de COBRA o estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona en virtud de COBRA o bajo un derecho de continuación provisto por la ley estatal u otra ley federal está cubierta por otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado es el plan primario, y la cobertura de continuación de COBRA, estatal u otra cobertura federal es el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta regla y, como resultado, los planes no coinciden en el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si (h) (1) puede determinar el orden de los beneficios.

5. Mayor o menor duración de la cobertura. El plan que ha cubierto a la persona como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado durante más tiempo es el plan primario, y el plan que ha cubierto a la persona el período más corto es el plan secundario.
6. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos deben compartirse equitativamente entre los planes que cumplen con la definición de plan. Además, este plan no pagará más de lo que hubiera pagado si hubiera sido el plan primario.

EFECTOS EN LOS BENEFICIOS DEL PLAN

a) Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios para que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes no sean superiores a los gastos totales permitidos. Al determinar el monto a pagar por cualquier reclamo, el plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura de atención médica y aplicará ese monto calculado a cualquier gasto permitido en virtud de su plan que no haya pagado el plan primario. El plan secundario puede entonces reducir su pago por el monto de manera que, cuando se combina con el monto pagado por el plan primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes para el reclamo equivalgan al 100 % del gasto total permitido para ese reclamo. Además, el plan secundario debe acreditar a su deducible del plan cualquier monto que hubiera acreditado a su deducible en ausencia de otra cobertura de atención médica.
b) Si una persona cubierta está inscrita en dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier motivo, incluida la prestación de servicios por parte de un Proveedor que no sea del panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, no debe aplicarse la COB entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES RELACIONADAS CON LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Ciertos datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica son necesarios para aplicar estas reglas de COB y para determinar los beneficios pagaderos en virtud de este plan y otros planes. [Organización responsable de la administración de la COB] cumplirá con la ley federal y estatal con respecto a la información confidencial con el fin de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos en virtud de este plan, y debe proporcionar a [Organización responsable de la administración de la COB] cualquier dato que necesite para aplicar esas reglas y determinar los beneficios.

FACILIDAD DE PAGO

Un pago realizado en virtud de otro plan puede incluir un monto que debería haberse pagado en virtud de este plan. Si lo hace, [Organización responsable de la administración de la COB] puede pagar ese monto a la organización que realizó ese pago. Ese monto luego se tratará como si fuera un beneficio pagado en virtud de este plan. [Organización responsable de la administración de COB] no tendrá que pagar ese monto nuevamente. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor en efectivo razonable de los beneficios proporcionados en forma de servicios.

DERECHO DE SUBROGACIÓN O REEMBOLSO

En determinadas circunstancias, Usted o Sus Dependientes cubiertos (o los herederos, albaceas o beneficiarios suyos o de Sus Dependientes cubiertos) pueden tener la obligación de reembolsar al Plan los pagos realizados a Usted o a su nombre o a sus Dependientes cubiertos. Este derecho de reembolso surge si Usted o sus Dependientes cubiertos reciben algún beneficio en virtud del plan como resultado de una lesión o enfermedad, y hay un tercero (incluida una aseguradora) que es legalmente responsable de pagar por sus lesiones (o las de sus Dependientes cubiertos). Si Friday paga los beneficios en virtud de esta Póliza por Sus gastos médicos incurridos debido a una lesión de un tercero, entonces el Plan conserva el derecho a pagar el costo total (o el monto máximo permitido en virtud de CPRC § 140.005) de todos los beneficios proporcionados por el Plan en Su nombre que estén asociados con las lesiones de terceros. En estos casos, el Plan tendrá el derecho legal (conocido como "derecho de subrogación") de recuperar cualquier monto que sea pagadero por el tercero (como una aseguradora).

En estos casos, si Usted o sus Dependientes cubiertos reciben un pago o una liquidación del tercero (como una aseguradora), aceptan reembolsar al Plan cualquier beneficio pagado por el Plan después de que Usted o sus Dependientes cubiertos hayan recibido una compensación completa. Este reembolso no se limita a los fines establecidos del pago del tercero ni de cómo se caracteriza el pago del tercero en cualquier acuerdo o juicio.

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

- El nombre y la dirección del tercero que causó la lesión, los datos concretos del accidente y cualquier otra información razonablemente necesaria para proteger los derechos del Plan.
- Toda la información sobre las aseguradoras de responsabilidad del tercero, si se conoce.
- Información relacionada con cualquier protección contra lesiones personales, seguro automovilístico sin cobertura o cualquier otro seguro, así como una copia de dicha Póliza de seguro.
- Aviso de cualquier reclamo o acción legal enviados o presentados contra un tercero (dentro de los sesenta [60] días de enviar o presentar dicho reclamo).
- Aviso previo por escrito de cualquier acuerdo previsto.

Usted (y Sus Dependientes cubiertos) no podrán resolver ningún reclamo ni renunciar a ningún derecho compensado por un tercero (incluida una aseguradora) sin la aprobación previa por escrito del Plan.

Al presentar un reclamo ante el Plan o aceptar sus beneficios, se considera que Usted y Sus Dependientes cubiertos han dado su consentimiento para la subrogación y el derecho de reembolso del Plan. Se considera que Usted y Sus Dependientes cubiertos han acordado cooperar con el Plan de cualquier manera necesaria para realizar, perfeccionar o procesar cualquier reclamo, derecho o causa de acción relacionadas. Usted o Sus Dependientes cubiertos

aceptan celebrar un acuerdo de subrogación y reembolso con el Plan, si dicho Plan lo solicita. Usted y Sus Dependientes cubiertos no podrán hacer nada que perjudique o vulnere los derechos del Plan a buscar sus derechos de reembolso y subrogación.

Las leyes de Oklahoma regirán los derechos de reintegro y subrogación. Si alguna disposición en la presente sección no cumple con las leyes de Oklahoma, será reemplazada por dichas leyes.

DERECHO A COMPENSAR PAGOS FUTUROS

Si el Plan le 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 de 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). Una persona cubierta puede realizar una asignación de beneficios por escrito a un Proveedor u otro Proveedor de atención médica que le proporcione servicios 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 por el pago. El Proveedor de atención médica puede hacerlo porque la información del Plan figura en su tarjeta de identificación.

RECLAMOS PRESENTADOS ANTE EL PLAN.

En otros casos (como cuando Usted no puede mostrar Su tarjeta de identificación), es posible que deba pagar al Proveedor de atención médica todos los servicios en el momento de la provisión de la atención. Si esto sucede, puede presentar un reclamo por escrito ante el Plan. Si presenta su reclamo de manera oportuna, el Plan le reembolsará el monto que pagó por los Servicios cubiertos que le brindaron hasta la tarifa contratada con el Proveedor. Sin embargo, el Plan no le reembolsará los montos de Copago, Coseguro ni Deducible que Usted tuvo que pagar al Proveedor de atención médica.

En algunos casos, el Proveedor de atención médica puede acordar enviarle una factura por los servicios de atención médica proporcionados. Si esto sucede, puede presentar un reclamo por escrito ante el Plan. Si presenta su reclamo de manera oportuna, el Plan le reembolsará al Proveedor de atención médica los Servicios cubiertos que le brindó a la tarifa contratada con el Proveedor. Sin embargo, el Plan no pagará los montos de Copago, Coseguro ni Deducible que Usted adeude al Proveedor de atención médica. Usted es responsable de asegurarse de recibir la factura del Proveedor de atención médica de manera oportuna. Si no presenta Su reclamo de manera oportuna, el Plan no le pagará al Proveedor de atención médica. En cambio, se le exigirá que pague todos los servicios de atención médica que le brindaron.

Friday, al recibir un aviso de Reclamo, proporcionará al reclamante los formularios para presentar la prueba de pérdida. Si los formularios no se entregan antes del día 21 después de la fecha de la notificación, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de este Plan en cuanto a la prueba del siniestro por presentar, dentro del plazo fijado en la Póliza para la presentación de pruebas de siniestro, una prueba escrita que cubra la ocurrencia, el carácter y la magnitud del siniestro por el que se reclama. Friday debe recibir los reclamos preparados y presentados de la manera y forma adecuadas, en el tiempo requerido y con la información solicitada antes de que pueda considerar cualquier reclamo de pago de beneficios.

Prueba de pérdida se refiere a la evidencia escrita de un reclamo, que incluye:

1. El formulario en el que se realiza el reclamo.
2. Facturas y estados de cuenta que reflejen los servicios y artículos proporcionados a un Participante y el monto cobrado por esos servicios y artículos que están cubiertos por el reclamo.
3. Los códigos de diagnóstico y los códigos de procedimiento correctos para los servicios y artículos.

PLAZOS Y CONTENIDOS DEL RECLAMO

Si presenta un reclamo ante el Plan, debe hacerlo en el término de noventa (90) días a partir de la fecha en que se prestaron los servicios de atención médica. Los reclamos no presentados y recibidos por Friday dentro de los doce (12) meses posteriores al momento en que se requiera la prueba de otro modo no se considerarán para el pago de beneficios, excepto en ausencia de capacidad legal. 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, y el nombre y el número de identificación del Inscrito. Si ya pagó al Proveedor de atención médica, también debe incluir los recibos que demuestren Su pago.

Todos los reclamos deben enviarse a:

Friday Health Plans
PO Box 194
Sidney, NE 69162

FECHA DE PAGO DE LOS RECLAMOS

Las indemnizaciones pagaderas en virtud de esta Póliza por cualquier pérdida, que no sea una pérdida por la cual esta Póliza proporciona cualquier pago periódico, se pagarán inmediatamente después de recibir la debida prueba escrita de la pérdida. Sujeto a la debida prueba de pérdida por escrito, todas las indemnizaciones acumuladas por una pérdida para la cual esta Póliza proporciona un pago periódico se pagarán mensualmente y cualquier saldo restante impago al momento de la terminación de la responsabilidad se pagará inmediatamente después de recibir la debida prueba de pérdida por escrito.

PAGO DE RECLAMOS

La indemnización por fallecimiento será pagadera de acuerdo con la designación del beneficiario y las disposiciones con respecto a los pagos de indemnización que puedan ser prescritos en esta Póliza y que entren en vigencia en el momento del pago. Si dicha designación o disposición no entra en vigencia en ese momento, la indemnización será pagadera a los herederos del Miembro. Cualquier otra indemnización acumulada no pagada al momento del fallecimiento del Miembro puede, a elección del asegurador, ser pagada por el asegurador de acuerdo con la designación del beneficiario o a los herederos del Miembro. Todas las demás indemnizaciones serán pagaderas al Miembro. Todos los beneficios pagaderos en virtud de esta Póliza en nombre de un Dependiente asegurado por esta Póliza para los cuales la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Oklahoma proporciona beneficios de asistencia financiera y médica se pagarán a dicho departamento siempre que:

1. La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Oklahoma pague beneficios en virtud del Código de Recursos Humanos, Capítulo 31, o Capítulo 32, es decir, programas de servicios de asistencia financiera y médica administrados de conformidad con el Código de Recursos Humanos.
2. El padre que compró la Póliza individual tiene posesión o acceso al menor de conformidad con una orden judicial, o no tiene derecho a acceder o poseer al menor y el tribunal le exige pagar la manutención de menores.

3. El asegurador debe recibir en su oficina central una notificación por escrito adherida al reclamo de seguro cuando el reclamo se presente por primera vez, y la notificación debe indicar que todos los beneficios pagados de conformidad con esta sección deben pagarse directamente a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Oklahoma.

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 plazo requerido, se rechazará dicho reclamo.

NOTIFICACIONES DE RECLAMOS

SI SE RECHAZA UN RECLAMO

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

- Motivos específicos del rechazo.
- Una explicación de la razón médica para la decisión, si corresponde.
- Referencia específica a las disposiciones pertinentes del Plan.
- Una descripción de cualquier material o información adicionales necesarios para que Usted perfeccione su reclamo y una explicación de por qué son necesarios dicho material o información.
- Información sobre los pasos que puede seguir si desea apelar la decisión.
- Si se rechaza un reclamo por medicamentos recetados o infusiones intravenosas, o si Usted tiene una afección que pone en riesgo su vida, Usted tiene derecho a una apelación acelerada.

En el aviso también se puede incluir cualquier información relacionada con cualquier información sobre 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 en el aviso no se brinda esta información, contendrá una declaración de que se le proporcionará esta información sin cargo previa solicitud por escrito.

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.

PARA REVISAR LAS DETERMINACIONES DE RECLAMOS

Si Usted cree que a Friday se le negaron incorrectamente todos o parte de Sus beneficios, es posible que Su reclamo sea revisado. Friday revisará su decisión de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- Dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la notificación de un rechazo o un rechazo parcial, escriba a Friday e indique por qué no está de acuerdo con el rechazo o el rechazo parcial del reclamo. Envíe su solicitud a:

  Friday Health Plans
  PO Box 194
  Sidney, NE 69162

Una vez que solicite una revisión del reclamo, puede designar a un representante para que actúe en Su nombre en el procedimiento de revisión. Su designación de representante debe realizarse por escrito, ya que es necesario para proteger contra la divulgación de información sobre Usted que Usted espera que se presente a Su representante autorizado. Friday permite solicitudes telefónicas de información, pero estas llamadas no constituirán una solicitud de revisión. Usted y su representante autorizado pueden solicitar ver los documentos relevantes y pueden presentar problemas por escrito, comentarios e información médica adicional dentro de los 180 días posteriores a la recepción del aviso de denegación o denegación parcial. Friday le dará una decisión por escrito dentro de los sesenta (60) días después de que reciba Su solicitud de revisión.

SECCIÓN 11: DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

LA COBERTURA SE LIMITA A LOS SERVICIOS CUBIERTOS

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

Es importante tener en cuenta que el Plan pagará los Servicios cubiertos solo si se cumplen otros términos y condiciones del Plan. Por ejemplo, para que el Plan pague el Servicio cubierto, dicho Servicio cubierto debe ser Médicamente necesario. El Director médico debe decidir si un Servicio cubierto es Médicamente necesario. Si se rechazan sus servicios, tiene derecho a apelar (consulte la sección Apelaciones y Quejas).

En la mayoría de los casos, Su Proveedor de atención primaria u otro Proveedor participante debe prestar el Servicio cubierto. Por lo general, si recibe Servicios cubiertos de un Proveedor participante que no sea Su Proveedor de atención primaria, primero debe recibir una Autorización previa.

PRIMA IMPAGA

Toda Prima no pagada puede enviarse a cobranzas para su recuperación. Podemos cancelar retroactivamente y reembolsar un máximo de la Prima de un mes cuando Usted proporcione un comprobante de cobertura superpuesta. Si Usted tuvo Reclamos durante ese mes, Friday no proporcionará un reembolso de la Prima. Usted será responsable de cualquier Reclamo presentado después de la terminación retroactiva. Tras el pago de un reclamo en virtud de esta Póliza, cualquier Prima vencida y no pagada o cubierta por cualquier nota u orden escrita puede deducirse de ella.

PERÍODO DE GRACIA PARA PAGO DE PRIMAS

Se otorgará un período de gracia de 31 días para el pago de cada Prima que se adeude después de la primera Prima. Durante el período de gracia, la Póliza continúa vigente. 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 el tercer mes de dicho período de gracia, el Plan no pagará Sus Servicios cubiertos, y tales servicios se pagaría sólo después de las Primas adeudadas por el periodo 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.

Límite de tiempo para ciertas defensas

Después del segundo aniversario de la fecha de emisión de esta Póliza, una declaración falsa, que no sea una declaración falsa fraudulenta, realizada por el solicitante en la solicitud de la Póliza no puede utilizarse para anular la Póliza o rechazar un reclamo por pérdida incurrida o discapacidad (según se define en la Póliza) a partir de ese aniversario.

Un reclamo por pérdida incurrida o discapacidad (según se define en la Póliza) que comience después del segundo aniversario de la fecha de emisión de esta Póliza no puede reducirse ni denegarse sobre la base de que una enfermedad o afección física no excluida de la cobertura por nombre o descripción específica vigente en la fecha de la pérdida existía antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de esta Póliza.

DECLARACIÓN FALSA DE EDAD

Si la edad del asegurado se ha declarado erróneamente, los montos pagaderos en virtud de esta Póliza son los montos que la Prima habría sido si se hubiera comprado por debajo de la edad correcta.

CONFORMIDAD CON LAS LEYES ESTATALES

Cualquier disposición de esta Póliza que, en su fecha de entrada en vigor, entre en conflicto con los estatutos del estado en el que el asegurado reside en la fecha de entrada en vigor, es por esta cláusula efectivamente modificada para ajustarse a los requisitos mínimos de los estatutos de ese estado.

RESTABLECIMIENTO

Si no se paga una Prima antes del vencimiento del período de gracia otorgado para realizar el pago, una aceptación posterior de la Prima por parte nuestra o cualquier otro bien autorizado por nosotros para aceptar la Prima, sin requerir en relación con la aceptación de una solicitud de restablecimiento, restablece la Póliza. Sin embargo, si Nosotros o un agente autorizado exigiéramos una solicitud de restablecimiento y emitimos un recibo condicional para la Prima ofrecida, la Póliza se restablecerá al aprobar el formulario de solicitud si la solicitud no se aprueba, cuarenta y cinco (45) días después de la fecha del recibo condicional, a menos que el asegurador antes de esa fecha haya notificado al asegurado por escrito sobre la desaprobación de la solicitud por parte del asegurador. La Póliza restablecida cubre solo las pérdidas resultantes de una lesión accidental sufrida después de la fecha de restablecimiento y las pérdidas debido a enfermedad que comience más de diez (10) días después de la fecha de restablecimiento. En todos los demás aspectos, el asegurado y el asegurador tienen los mismos derechos en virtud de la Póliza restablecida que tenían en virtud de la Póliza inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la Prima incumplida, sujeto a cualquier disposición endosada en la Póliza o adjunta a la Póliza en relación con el restablecimiento. Cualquier Prima aceptada en relación con

una rehabilitación se aplicará a un período para el cual la Prima no se haya pagado previamente, pero no a ningún período más de sesenta (60) días antes de la fecha de rehabilitación.

ACCIONES LEGALES

No se podrá entablar una acción judicial o de equidad para recuperar esta Póliza antes del 61.º día después de la fecha en que se haya proporcionado la prueba de la pérdida por escrito de acuerdo con los requisitos de esta Póliza. Una acción legal o de equidad no podrá iniciarse después de transcurridos tres años de la fecha en que se requiere la presentación de la prueba de pérdida por escrito.

TERCEROS BENEFICIARIOS

Este contrato no pretende, ni proporciona, ningún derecho a favor de ningún tercero, lo que incluye, entre otros, cualquier hospital, Proveedor o profesional médico que le brinde servicios, y este contrato no se interpretará como la creación de derechos de terceros beneficiarios.

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 Oklahoma, Inc.
700 Main Street
Alamosa, Colorado 81101

ADMINISTRACIÓN DE CASOS

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

- al completar Su evaluación de riesgos de salud;
- nuestra revisión de información de reclamos;
- una derivación de un gerente de la atención hospitalaria;
- una autoderivación de uno de sus Proveedores.

Los 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 Care Crew al 1-844-817-1600.

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 en la que se solicita el pago por parte del Plan. La Compañía de seguro médico tiene permitido usar y divulgar dicha información solo según sea razonablemente necesario para administrar Sus Beneficios del Plan y cumplir con la ley aplicable. La Compañía de seguro médico protegerá la confidencialidad y privacidad de toda dicha información de la manera requerida por la ley federal y estatal aplicables. Se incluye una copia del Aviso de privacidad de Friday en el Kit de bienvenida enviado a suscriptores al momento de la inscripción. Puede solicitar una copia del Aviso de privacidad de Friday en cualquier momento.

ESTADO DE SALUD

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

SECCIÓN 12: RESCISIÓN, NO RENOVACIÓN, CONTINUACIÓN

RESCISIÓN DE LA COBERTURA DEL PLAN

FIN DE SU COBERTURA

Su cobertura del Plan finalizará si sucede lo siguiente:

- No cumple con las condiciones de elegibilidad para la participación en el Plan.
- Rescinde su cobertura del Plan mediante aviso adecuado a este o a healthcare.gov.
- 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 vence el período de gracia aplicable.
- Experimenta una Rescisión de la cobertura.
- Tiene ciertas conductas indebidas, según se describe en la sección Fecha de entrada en vigencia de la terminación de la cobertura; o ha realizado un acto o práctica que constituye un fraude o ha realizado una tergiversación intencional de un hecho material en virtud de los términos de la Póliza; (la cobertura finalizará a partir de la fecha de entrada en vigencia);
- El Plan se rescinde o healthcare.gov lo “descertifica”.
- Si el Asegurado no proporciona un aviso por escrito dentro de los treinta y un (31) días de la pérdida de elegibilidad, Friday finalizará la cobertura retroactivamente y reembolsarán cualquier Prima correspondiente.
- Cuando se determina que la información proporcionada a Friday en el formulario de solicitud es falsa, imprecisa o incompleta, en lugar de la finalización de la cobertura. Friday 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 Friday 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 Elegibilidad, inscripción y fecha de vigencia.

FIN DE LA COBERTURA PARA SUS DEPENDIENTES CUBIERTOS

Por lo general, la cobertura de sus Dependientes cubiertos finaliza cuando termina la de Usted. En caso de Su fallecimiento, Su cónyuge puede continuar con la cobertura en virtud de la Póliza si cumple con los requisitos de elegibilidad. 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

Cuando Usted o Sus Dependientes cubiertos pierdan la cobertura del Plan, el Plan, dentro de los treinta (30) días de Su solicitud, les proporcionará a Usted o a dichos Dependientes un documento denominado “Certificado de cobertura acreditable” de conformidad con los requisitos federales y de Oklahoma aplicables. El certificado de cobertura acreditable indicará el período durante el que Usted o Sus Dependientes recibieron cobertura del Plan.

Si necesita solicitar un certificado de cobertura acreditable, comuníquese con la Compañía de seguro médico por escrito a:

Friday Health Plans of Oklahoma, 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

RESCISIÓN SOLICITADA

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 terminación es asignada por el Mercado y el Plan cumplirá con esa fecha de entrada en vigencia de la terminación asignada. Si Usted (o cualquier Dependiente cubierto) solicita una fecha de entrada

en vigencia más temprana de la terminación 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 terminación. El Plan cumplirá con las fechas de entrada en vigencia más tempranas de la terminación 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. Si 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.

Si Usted es un Dependiente cubierto que ya no es elegible debido a un divorcio, puede obtener cobertura en virtud de un nuevo plan sin evidencia de asegurabilidad.

POR FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Si no realiza el pago de las Primas que requiere el Plan y recibe Adelantos de Primas, el Plan le otorgará un período de gracia de tres (3) meses siempre que haya pagado, al menos, un mes completo de Primas durante el Año del Plan. El Plan le informará Su incumplimiento de pago. 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 el 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 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 al siguiente período de gracia de veintiún (21) 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 la Rescisión de Su cobertura (y la de Sus Dependientes cubiertos). En tal caso, el Plan le dará aviso por escrito acerca de la Rescisión con treinta (30) días de anticipación. Sin embargo, la finalización de la cobertura será retroactiva a la fecha del evento que causó la Rescisión.

La Compañía de seguro médico reembolsará cualquier contribución que haya realizado al Plan relacionada con el período sujeto a la Rescisión. Sin embargo, la Compañía de seguro médico puede restar de las contribuciones reembolsadas cualquier monto que haya pagado el Plan por los Servicios cubiertos (para Usted y Sus Dependientes cubiertos) durante dicho período. El Plan también podrá cobrarle cualquier monto que haya pagado el Plan por los Servicios cubiertos (para Usted y Sus Dependientes cubiertos) durante dicho período si dichos montos son mayores que el monto de Sus contribuciones 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 del Plan o de otro modo utilice indebidamente el Plan, Su 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.

EXTENSIÓN DE BENEFICIOS

Si se termina la cobertura del Plan, se dispondrá de una extensión de beneficios para cualquier pérdida continua que haya comenzado mientras la Póliza estaba en vigencia, pero la extensión de beneficios más allá del período en que la Póliza estaba en vigencia puede basarse en la discapacidad total continua del Miembro limitada a la duración del período de beneficios de la Póliza, el pago de los beneficios máximos o a un período de no menos de tres meses. Si la cobertura del Plan se termina debido a la cancelación por parte de la aseguradora o a la no renovación por parte de la aseguradora, una extensión de los beneficios habría estado disponible si la Póliza hubiera permanecido vigente. Si una persona pierde la cobertura debido a un cambio de estado civil, se le emitirá una Póliza que Friday esté emitiendo en ese momento que se aproxime lo más posible a la cobertura de la Póliza que estaba en vigor antes del cambio de estado civil, y que se emitirá sin prueba de asegurabilidad y que tendrá la misma fecha de vigencia que la Póliza anterior. En caso de muerte del asegurado, el cónyuge del asegurado, si está cubierto por la Póliza, se convertirá en el asegurado.

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 treinta (30) años.
- El Inscrito es un Dependiente mayor de edad en el plan previamente elegido (mayor de 26 años de edad).

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 Oklahoma 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 de un Inscrito si dicha Compañía de seguro médico decide interrumpir la oferta y renovar todos los planes individuales en el estado de Oklahoma 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.

SECCIÓN 13: APELACIONES Y RECLAMACIONES

PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN INTERNA

DERECHO A APELAR

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

- Una determinación de la elegibilidad de una persona para la cobertura de la Póliza.
- La aplicación de cualquier requisito de Autorización u otros requisitos de revisión de la utilización.
- 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 Proveedor, quien consultará con sus pares clínicos (a menos que el Proveedor sea un médico clínico). El Proveedor y cualquier otro colega clínico serán personas que no hayan participado en la Determinación de beneficio adversa. Sin embargo, una persona que estuvo involucrada en esa decisión puede responder preguntas.

Las personas que revisan la apelación 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 Determinación de beneficio adversa.

Si Friday rechaza Su apelación, en su totalidad o en parte, o Usted no recibe una decisión oportuna, Usted podrá solicitar una revisión externa de Su reclamo por parte de un tercero independiente, quien revisará la denegación y emitirá una decisión final. Sus derechos de revisión externa se describen en la sección Cómo apelar una determinación adversa interna final a una Organización de Revisión Independiente (IRO) a continuación.

NOTIFICACIÓN DE RECEPCIÓN DE APELACIÓN

A más tardar el quinto (5.to) día hábil después de la fecha de recepción de la reclamación, Friday enviará una carta de acuse de recibo al demandante en la que se indicará lo siguiente:

a) la fecha de recepción de la reclamación;

b) una descripción de los procedimientos de reclamaciones y plazos del Plan.

APELACIONES CLÍNICAS ACELERADAS

Una "apelación clínica acelerada" es una apelación de naturaleza clínicamente urgente a servicios de atención médica, incluidos, entre otros, la denegación de medicamentos recetados o infusión intravenosa, la denegación de excepción de terapia escalonada, procedimientos o

tratamientos indicados por un Proveedor de atención médica, así como la continuación de la hospitalización, denegación de otro servicio si el Proveedor solicitante incluye una declaración por escrito con documentación de respaldo que indique que el servicio es necesario para tratar una afección potencialmente mortal o prevenir daños graves al paciente. En situaciones urgentes en las que el tiempo es un factor, un Miembro puede apelar y tener una decisión del Plan de manera acelerada. Antes de que finalice o se reduzca la autorización de beneficios para un tratamiento en curso/interrupción de hospitalización, Friday le proporcionará un aviso y una oportunidad de apelar. Para el tratamiento continuo, la cobertura continuará durante el proceso de apelación.

Tras la recepción de una apelación clínica acelerada previa al servicio o concurrente, Friday notificará a la parte que presenta la apelación lo antes posible, pero en ningún caso después de las veinticuatro (24) horas posteriores a la presentación de la apelación, toda la información necesaria para revisar la apelación. Friday emitirá una decisión sobre la apelación dentro de las veinticuatro (24) horas después de que la apelación haya sido recibida por Friday.

CÓMO APELAR

Usted (o Su representante autorizado) puede apelar una Determinación de beneficio adversa al seguir los procedimientos del Plan. Para comenzar el proceso de apelaciones o para solicitar ayuda con dicho proceso, puede llamar a Friday Care Crew al 1-844-817-1600. El Plan debe obtener su apelación por escrito o de forma verbal 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.

Cuando presente una apelación, puede enviar comentarios, registros y documentos adicionales relacionados con su reclamo. También puede identificar a los Proveedores de atención médica que recibirán una copia de la decisión del Plan. También puede revisar (sin cargo) las copias de los documentos y la información relevantes para Su reclamo. En esto, se incluye la información o los registros en que se basó la Determinación de Beneficios adversa, la información que tuvo(tuvieron) en cuenta la(s) persona(s) que tomó(tomaron) la decisión original o la información que se le(s) presentó para tal fin, la información relacionada con los procedimientos administrativos y las protecciones que se aplicaron al tomar la decisión original, y las políticas o las pautas relacionadas con el servicio o el tratamiento para su diagnóstico. Sin embargo, Usted debe solicitar dicha revisión.

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

Además, en circunstancias de Atención de urgencia o que pongan en peligro su vida, o si se le niega la provisión de medicamentos recetados o infusiones intravenosas, Usted tiene derecho a una apelación inmediata a una Apelación de la IRO y no está obligado a cumplir con la apelación de un proceso de Determinación adversa de Friday. Tras la recepción de una apelación clínica

acelerada previa al servicio o concurrente, Friday notificará a la parte que presenta la apelación lo antes posible, pero en ningún caso después de las veinticuatro (24) horas posteriores a la presentación de la apelación.

PLAZOS Y NOTIFICACIONES DE APELACIONES

Si el Plan recibe Su apelación antes de la fecha límite correspondiente, Friday acusará recibo de la Apelación en un plazo de cinco (5) días hábiles. Si la apelación se refiere a un reclamo de Atención de urgencia, Friday responderá dentro de las veinticuatro (24) horas. El Plan, de manera independiente, revisará su apelación así como toda otra información adicional que Usted envíe. El Plan le informará la decisión que tomó en relación con Su apelación dentro de los siguientes plazos:

- Para reclamos de Atención de urgencia. El Plan le informará lo antes posible, pero no más de setenta y dos (72) horas después de haber recibido su apelación. Si el Plan proporciona este aviso de forma oral, le brindará una confirmación por escrito de su decisión en el transcurso de tres (3) días.
- Para reclamos previos al servicio. En el caso de las apelaciones concurrentes o previas al servicio no urgentes, el Plan le notificará su decisión en un plazo razonable, pero no más tarde de treinta (30) días naturales después de recibir Su apelación.

SI SE RECHAZA UNA APELACIÓN

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

- la decisión;
- los nombres, los cargos y las calificaciones de las personas que revisan la apelación;
- una declaración de la comprensión de dichas personas de la solicitud de revisión;
- Motivos específicos del rechazo.
- Referencias específicas a las disposiciones pertinentes del Plan. Esto incluirá una referencia a la disposición del Plan de beneficios en la que se tomó la determinación.
- Una declaración de que puede tener acceso a o recibir, cuando medie solicitud y sin cargo, copias de todos los documentos, registros e información relevantes para Su reclamo.
- Sujeto a las leyes de privacidad y otras restricciones, si las hubiera, la identificación del reclamo, la fecha del servicio, el Proveedor de atención médica, el monto del reclamo (si corresponde) y una declaración que describa los códigos de denegación con sus significados y los estándares utilizados. Previa solicitud, también están disponibles los códigos de diagnóstico/tratamiento con sus significados y los estándares utilizados.
- En ciertas situaciones, una declaración en idiomas que no sean inglés que indique que puede haber disponible una notificación por escrito de rechazos de reclamos y otra información sobre beneficios (a solicitud) en dichos idiomas que no sean inglés, y cómo acceder a los servicios lingüísticos proporcionados por Friday.
- Una explicación del proceso de revisión externa de Friday (y cómo iniciar una revisión externa) y una declaración de Su derecho, si lo hubiera, a iniciar una acción civil en virtud de la Sección 502(a) de ERISA después de una denegación final de apelación externa
- Información de contacto de la oficina correspondiente de asistencia al consumidor de seguros de salud o defensor del lector.

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

DERECHO A ASISTIR A LA REUNIÓN DE APELACIÓN

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

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

FINALIZACIÓN DE DERECHOS DE APELACIÓN INTERNA

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

PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN EXTERNA

RECHAZOS QUE CALIFICAN PARA LA REVISIÓN EXTERNA

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

- La aplicación de cualquier requisito de Autorización u otros requisitos de revisión de la utilización.
- La determinación de que el beneficio es experimental o de investigación.
- Una determinación de que el beneficio no es Médicamente necesario, apropiado, efectivo ni eficaz o que no se proporciona en el entorno de atención médica o el nivel de atención correspondientes.

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

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

- Los servicios o tratamientos de atención médica estándares han sido efectivos para mejorar la afección del Inscrito o no son médicamente apropiados para el Inscrito.
- No existe un servicio o tratamiento de atención médica estándares disponibles que estén cubiertos por el Plan que sean más beneficiosos que el servicio de atención médica recomendado o solicitado y el Proveedor está autorizado, está certificado por la Junta o es elegible para la Junta para ejercer en el área médica apropiada para tratar la afección del Inscrito.

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

No hay un monto mínimo en dólares que se aplique a un reclamo que sea elegible para una revisión externa. Para obtener más información sobre el proceso de IRO, llame al Departamento de Seguros de Oklahoma.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN EXTERNA

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

Si busca una revisión acelerada, debe indicarlo en Su solicitud. También debe incluir la certificación del Proveedor de que Su afección médica cumple con los criterios para una revisión externa acelerada. Se dispone de una revisión acelerada si tiene una afección médica en relación con la que el plazo para completar la revisión externa estándar pondría en grave peligro Su vida o Su salud, perjudicaría la posibilidad de recuperar la capacidad física máxima o, si tiene una discapacidad, crearía una limitación inminente y sustancial en Su capacidad para vivir de manera independiente. También se dispone de una revisión acelerada si Su rechazo anterior se relaciona con el ingreso en un hospital o centro, la disponibilidad de atención, una estancia continua o los servicios de atención médica para los cuales se han brindado servicios de emergencia y no se

ha dado el alta. Si solicita una revisión acelerada, puede obtener la revisión externa al mismo tiempo que la revisión interna del reclamo de Atención de urgencia (según se describe en la sección sobre procedimientos de Apelación interna antes mencionada).

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

DESIGNACIÓN DE ENTIDAD DE REVISIÓN EXTERNA

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

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

- Una copia de cualquier información que Usted o su Proveedor de atención médica hayan enviado a dicho Plan en respaldo de la solicitud de revisión externa.
- Una copia de la información y los documentos relevantes utilizados por el Plan durante el proceso de apelación interna para determinar la necesidad, adecuación, efectividad o eficiencia médicas del servicio o tratamiento, incluida la evidencia médica y científica y los criterios de revisión clínica.
- Una copia de cualquier carta de rechazo previa que haya emitido el Plan respecto del caso.
- Una copia de su formulario de consentimiento firmado que permita que el Plan divulgue su información médica a la entidad de revisión externa.
- Un índice de todos los documentos presentados.

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

Puede enviar información adicional directamente a la entidad de revisión externa dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a que reciba el aviso del Plan relacionado con la entidad de revisión externa. La entidad de revisión externa proporcionará una copia de dicha información al Plan dentro de un (1) día hábil.

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

PROPORCIÓN DE INFORMACIÓN ADICIONAL

La entidad de revisión externa les notificará a Usted, a su Proveedor de atención médica y al Plan sobre cualquier información médica adicional necesaria para la revisión. Si Usted y su Proveedor de atención médica reciben dicha solicitud, deben presentar la información adicional o una explicación de por qué no se presenta dicha información, ante la entidad de revisión externa

y el Plan. La información adicional debe presentarse dentro de los cinco (5) días hábiles de la solicitud.

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

PLAZOS Y NOTIFICACIONES DE APELACIONES

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

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

La determinación de la entidad de revisión externa deberá ser por escrito y establecer los motivos por los cuales el tratamiento o servicio solicitados debe estar cubiertos por el Plan o no. La decisión de la entidad de revisión externa se referirá a las disposiciones pertinentes en la documentación del Plan, la afección médica específica en cuestión y otros documentos relevantes que respalden la decisión de esta entidad. La decisión debe basarse en una revisión objetiva de la evidencia médica y científica relevante.
La decisión de la entidad de revisión externa será vinculante para Usted y el Plan. Sin embargo, se pueden brindar otros recursos disponibles en virtud de la ley federal o estatal si cualquiera de las partes no está satisfecha con la decisión.

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

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

OTROS PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS

OTRAS DISPUTAS

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

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

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Para comenzar el proceso de Queja, puede llamar a Friday Care Crew al 1-844-817-1600.

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

PERÍODO DE PRESENTACIÓN

Debe presentar Su Queja ante el Plan dentro de los ciento ochenta días posteriores al evento en el que se basa Su Queja. El Plan no considerará ninguna Queja presentada después de dicha fecha.

NOTIFICACIÓN DE QUEJAS Y PLAZOS

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

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

CAMBIOS EN LA PÓLIZA

Los Servicios cubiertos disponibles para Usted y Sus Dependientes cubiertos pueden cambiar cada Año del Plan. Cada vez que reciba una nueva 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 el Año del Plan, la Compañía de seguro médico puede cambiar el monto de las Primas que Usted adeuda si se modifica la cantidad de Dependientes cubiertos suyos, Su área de calificación geográfica o Su consumo de tabaco o el de Sus Dependientes cubiertos. La Compañía de seguro médico también podrá cambiar el monto de las Primas que Usted adeuda durante el Año del Plan si dicha Compañía modifica el Plan cuando Usted lo solicite o si se introducen cambios en la ley que afecten el Plan. Se le informará con anticipación sobre cualquier cambio en las Primas realizado durante el Año del plan.

Al comienzo de cada nuevo Año del Plan, la Compañía de seguro médico puede cambiar el monto de las Primas que Usted debe pagar. Se lo notificará con sesenta (60) días antes de que se produzcan los cambios.

SECCIÓN 15: DEFINICIONES

Cuando se usen los siguientes términos con mayúscula inicial en este documento, tendrán los significados explicados en esta sección DEFINICIONES:

1. "Medicamento de atención preventiva de 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.

2. "Determinación de beneficio adversa" hace referencia a la determinación del Plan de rechazar, reducir o finalizar un beneficio o al incumplimiento por parte de este de proporcionar o efectuar pagos (por completo o en parte) para un beneficio.

3. "Monto permitido" es el monto máximo que un plan pagará por un servicio de atención médica cubierto.

4. "Apelación" hace referencia a una solicitud por escrito del Miembro o del Proveedor de la red participante en la que se indica su desacuerdo para con la Determinación de beneficios adversa y su deseo de que se la anule.

5. "Solicitud" hace referencia al formulario utilizado por healthcare.gov para recopilar y verificar su información.

6. "Beneficios" son los artículos o servicios de atención médica cubiertos por un plan de seguro médico. También se pueden llamar "Servicios cubiertos".
7. "Medicamento de marca" hace referencia a un medicamento con receta, incluida la insulina, que suele contar con la protección de la patente del fabricante o desarrollador original del medicamento mediante un nombre comercial patentado.

8. "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).

9. "Terapia de comunicación cognitiva" son los Servicios diseñados para abordar modalidades de comprensión y expresión, que incluyen comprensión, lectura, escritura y expresión verbal de información.
    - "Contrato" hace referencia a este documento de Póliza y los siguientes:
        i. Resumen de beneficios y cobertura
        ii. Formulario de solicitud de inscripción
        iii. Tarjeta de identificación de Miembro

10. “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.

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

12. “Beneficios cubiertos” hace referencia a los servicios que son Médicamente necesarios y están sujetos a exclusiones y limitaciones según se describe en la presente. Muchos servicios requieren Autorización previa. Pueden aplicarse limitaciones. Todos los servicios deben ser prestados por Proveedores autorizados o con certificación para prestar el servicio, a menos que se indique lo contrario. El hecho de que el Proveedor de la red haya recetado, ordenado, recomendado o aprobado un servicio, tratamiento o suministro no necesariamente lo convierte en un Beneficio cubierto o Médicamente necesario.

13. “Reclamación” hace referencia a una expresión oral o escrita de insatisfacción con el Plan por parte de un Miembro o profesional/Proveedor.

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

15. “Dependiente cubierto” hace referencia a cualquier Hijo o cónyuge que esté inscrito en el Plan.

16. “Servicios cubiertos” significa lo mismo que “Beneficios”.

17. “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 $2000, por ejemplo, Usted paga los primeros $2000 de Servicios cubiertos.

18. “Dependiente” es el 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 a Bajo Precio, las personas pueden reclamar un crédito fiscal de prima para ayudar a cubrir el costo de la cobertura para sí mismas y sus Dependientes.

19. “Formulario de medicamentos” hace referencia a la lista integral de Medicamentos de marca y Medicamentos genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos y cubiertos en virtud de este Plan de beneficios. Un Medicamento cubierto es un medicamento que se encuentra en el Formulario de medicamentos del Plan.

20. “Aborto provocado” significa un aborto, según se define en la Sección 245.002, Código de Salud y Seguridad, que no sea un aborto realizado debido a una emergencia médica

según se define en la Sección 171.002 del Código de Salud y Seguridad. Esto significa una afección física potencialmente mortal agravada por, causada por, o que surja de un embarazo que, según lo certificado por un Proveedor, pone a la mujer en peligro de muerte o un riesgo grave de deterioro sustancial de una función corporal importante, a menos que se realice un aborto.

21. "Dependiente elegible" se refiere a los Dependientes del suscriptor que son elegibles para inscribirse en este Plan en virtud de Su Póliza. Consulte la sección Elegibilidad para obtener una descripción más detallada de los Dependientes y los Dependientes elegibles.

22. "Atención de emergencia" se refiere a los servicios de emergencia de buena fe prestados después del inicio repentino de una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente, incluido el dolor intenso, de modo tal que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente esperarse que derive en lo siguiente:
    - Grave peligro para la salud del paciente.
    - Deterioro grave de las funciones corporales.
    - Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
    - Desfiguración grave.
    - Para una mujer embarazada, peligro grave para la salud del feto.

23. "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 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.
    - Deterioro grave de las funciones corporales.
    - Disfunción grave
    - Una mujer embarazada, que tiene contracciones y que no puede ser transferida de manera segura a otro hospital, o cuya salud o la de su bebé en gestación está en peligro.

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

25. "Organización de Proveedores Exclusivos (EPO)" significa un tipo de plan de seguro en el que, excepto en el caso de una Emergencia médica, los Miembros deben obtener Servicios cubiertos por los Proveedores de la red para recibir beneficios. El Plan es una EPO, y sus Miembros deben recibir servicios y suministros de la Red de proveedores de Friday. Los servicios y suministros obtenidos de Proveedores que no son de la Red de Friday generalmente no estarán cubiertos. Proporcionaremos una lista actualizada de Proveedores de la red a solicitud o puede verla en www.fridayhealthplans.com.

26. "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, III o IV 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.

27. "Medicamento del formulario" hace referencia a los Medicamentos de marca o Medicamentos genéricos incluidos en el Formulario de medicamentos.

28. "Friday" significa Friday Health Plans of Oklahoma, Inc., que es la compañía de seguros a través de la cual Usted está asegurado.

29. "Medicamento genérico" hace referencia a los medicamentos con receta, identificados por su nombre químico, patentado o no patentado, que la FDA acepta como terapéuticamente equivalente e intercambiable con un medicamento que tenga una cantidad idéntica del(los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) en las mismas proporciones,

la misma información impresa en la etiqueta y que funcione de la misma manera que la versión del medicamento con marca y nombre comerciales.

30. "Queja" es una reclamación que Usted comunica a su compañía de seguros o Plan de salud.

31. "healthcare.gov" se utiliza en este documento del Plan para referirse al Mercado Federal de Seguros de Salud.

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

33. "Medicamento inyectable" hace referencia a los medicamentos con receta que las farmacias entregan (incluidos los kits de terapia combinada) y que el Miembro o el Proveedor del Miembro inyectan directamente en el cuerpo.

34. 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.

35. "Emergencia médica" se refiere al inicio repentino de una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente, incluido el dolor intenso, de modo tal que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente esperarse que genere lo siguiente:
    - Grave peligro para la salud del paciente.
    - Deterioro grave de las funciones corporales.
    - Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
    - Desfiguración grave.
    - En el caso de una mujer embarazada, peligro grave para la salud del feto.

    Ejemplos: ataque cardíaco, intoxicación, pérdida de conciencia o respiración, convulsiones y sangrado excesivo no controlado.

36. "Médicamente necesarios" son los servicios o suministros de atención médica necesarios para diagnosticar o tratar enfermedades, lesiones, afecciones, enfermedades o síntomas que cumplan con los estándares de medicina aceptados.

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

38. "Portal para miembros" hace referencia al portal en línea que le permitirá revisar reclamos, imprimir Su tarjeta de identificación, consultar el estado de las Autorizaciones previas y realizar muchas otras funciones que lo ayudarán como Miembro.

39. "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”).

40. “Centro de la red” hace referencia a un consultorio médico de la red u hospital de la red.

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

42. “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.

43. “Proveedor de la red” hace referencia a un hospital, Proveedor u otro Proveedor de atención médica que consideramos 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.

44. El “Directorio de proveedores de la red” es una herramienta en la que puede encontrar la red de centros, Proveedores y Proveedores auxiliares.

45. “Medicamento no incluido en el formulario” hace referencia a los medicamentos que no están incluidos en el formulario de medicamentos. Los medicamentos que no están incluidos en el formulario de medicamentos no tienen cobertura.

46. “Proveedor fuera de la red” significa un hospital, Proveedor, profesional de salud del comportamiento u otro Proveedor que no ha celebrado un acuerdo con Friday. Por lo general, los beneficios no están disponibles para los servicios prestados por Proveedores fuera de la red.

47. “Período de inscripción abierta” es el período anual en el que las personas pueden inscribirse en un plan de seguro médico.

48. “Fuera del área” hace referencia a las áreas fuera de Texas y del área en los estados circundantes dentro de las cincuenta (50) millas de la frontera con Texas.

49. “Fuera de la red” hace referencia a la recepción de servicios de parte de un Proveedor fuera de la red, lo que deriva en que el Miembro pague el costo total de los servicios.

50. “Límite máximo de gastos de bolsillo” hace referencia al monto máximo en dólares que el Miembro o la familia pagará por los Servicios cubiertos en un año calendario. Los Copagos, Coseguros y Deducibles que pagan los Miembros cuentan para el Límite

máximo de gastos de bolsillo. En el Límite máximo de gastos de bolsillo, no se incluyen las Primas, los gastos asociados con los servicios no cubiertos, los cargos complementarios ni los reclamos rechazados. Si la cobertura se extiende a los Dependientes calificados y se ha pagado el Límite máximo de gastos de bolsillo familiar, no se requiere ningún pago adicional en nombre del Miembro por los Servicios cubiertos.

51. "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. Friday tiene tarifas contractuales con estos Proveedores mediante un sistema de tarifa por servicio. Proveedor participante significa lo mismo que Proveedor de la red.

52. "Plan" es un beneficio que su empleador, sindicato u otro patrocinador grupal le proporciona para pagar sus servicios de atención médica.

53. "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.

54. "Póliza" (PÓLIZA) 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.

55. "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, incluidos un Deducible, Copagos y Coseguro.

56. "Adelanto de 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 Mercado de Seguros Médicos. Su crédito fiscal se basa en la estimación de ingresos y la información del hogar que publicó en su solicitud del Mercado.

57. "Proveedor de atención primaria (PCP)" 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 una variedad de servicios de atención médica.

58. "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.

59. "Autorización previa por escrito" es la prueba de la Autorización previa otorgada por Friday.

60. “Prótesis” significa dispositivos artificiales que incluyen extremidades u ojos, aparatos ortopédicos o dispositivos protésicos u ortopédicos similares, que reemplazan la totalidad o una parte de un órgano del cuerpo ausente (incluido el tejido contiguo) o reemplazan la totalidad o una parte de la función de un órgano del cuerpo que no funciona de forma permanente o que funciona mal (excluidos los aparatos dentales y el reemplazo de lentes para cataratas). Para los fines de esta definición, una peluca o postizo no se considera una prótesis.

61. “Proveedor” hace referencia a cualquier hospital, Proveedor 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.

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

63. “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.

64. “Afección grave y compleja” significa
    - una enfermedad aguda, que es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico para evitar una posibilidad razonable de muerte o daño permanente.
    - Una enfermedad o afección crónica que es potencialmente mortal, degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita y requiere tratamiento especializado durante un período prolongado.

65. “Área de servicio” significa todos los condados de Texas donde el Plan ofrece el Plan y ha celebrado acuerdos con Proveedores participantes.

66. “Especialista” o “Médico de especialidad” hace referencia a un Proveedor que enfoca su práctica en determinadas categorías de enfermedades, tipos de pacientes o métodos de tratamiento.

67. “Suscriptor” significa una persona que se inscribe a sí misma y a sus Dependientes elegibles en este Plan.

68. “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.

69. “Período de inscripción especial” es el período que transcurre después de un Evento desencadenante en el que Usted o Sus Dependientes elegibles tienen derecho a inscribir a Usted o a Sus Dependientes elegibles en el Plan fuera del Período de inscripción abierta.

70. “Farmacia especializada” es un Proveedor de medicamentos que ha contratado a Friday 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 Friday al 844-817-1600.

71. “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 Friday al 844-817-1600.

72. “Cónyuge” hace referencia a su esposo, esposa o pareja en unión civil.

73. “Terapia escalonada” hace referencia al proceso de tratamiento que requiere el uso de medicamentos de menor precio en primera instancia (generalmente, dentro de una clase terapéutica específica de medicamentos), cuando existen múltiples opciones de tratamiento para una afección médica en particular, antes de que el Plan autorice el uso de Medicamentos del formulario de mayor precio.

74. “Telesalud” hace referencia a un modo de provisión de atención médica a través de las telecomunicaciones. En esto se incluyen tecnologías de la información, electrónicas y de comunicación. Se utiliza para la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la administración de atención o autogestión de la atención médica de un Miembro. Se usa cuando el Miembro se encuentra en un lugar y el Proveedor está ubicado en otro sitio distante. En el término “Telesalud”, no se incluye la prestación de servicios de atención médica por teléfono, fax o sistemas de correo electrónico.

75. “Evento desencadenante” hace referencia a un evento que deriva en que una persona sea elegible para un Período de inscripción especial.

76. “Atención de urgencia” hace referencia a los servicios Médicamente necesarios para una afección que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia.

77. “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.

78. “Usted o Su” hace referencia al Inscrito, Miembro o Dependiente cubierto.

.