FirstCare HEALTH PLANS

Contents

In English

Plan Schedule of Benefits

Explanation of Coverage

En Español

Declaración de Beneficios Del Plan

Explicación de la Cobertura

Individual Schedule of Benefits

Health Maintenance Organization
FirstCare Select Plus HMO
IND Bronze HMO 7500
26539TX0140009-00/01
BHI20D29/BHI20M29

You have the option to choose this Consumer Choice of Benefits Health Maintenance Organization that, either in whole or in part, does not provide state-mandated health benefits normally required in evidences of coverage in Texas. This standard health benefit plan may provide a more affordable health plan for you although, at the same time, it may provide you with fewer health plan benefits than those normally included as state-mandated health benefits in policies in Texas. If you choose this standard health benefit plan, consult with your insurance agent to discover which state-mandated health benefits are excluded in this evidence of coverage. The following is a summary of the copay amounts you and any dependents must pay when receiving the services listed below. Refer to your Evidence of Coverage for a detailed explanation of covered and non-covered services. If you have any questions, or would like more information about FirstCare's benefits and medical services go to **www.firstcare.com/marketplace** or contact our Customer Service Team, Monday through Friday, 8 a.m. – 6 p.m. CT, at 1.855.572.7238, TTY Line 711.

Note: FirstCare Health Plans does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation, or health status in the administration of the plan, including enrollment and benefit determinations.

PLAN YEAR	Calendar Year
MEDICAL DEDUCTIBLE	$7,500 per Member $15,000 per Family
PRESCRIPTION DRUG DEDUCTIBLE	ACA Preventive Drugs and Tier 1 : $0 Tier 2-4 and preferred diabetic test strips for blood glucose monitors : Integrated with Medical
OUT-OF-POCKET MAXIMUM *Includes Medical and Rx Deductible, Copays and Coinsurance.*	$8,150 per Member $16,300 per Family
ANNUAL MAXIMUM	Unlimited

COVERED MEDICAL SERVICES	
GENERAL SERVICES	*Copay Charges*
• **Adult PCP Office Visit** *Note: Office visit charge applies when seen by a physician and/or a licensed clinician under the supervision of the physician.*	$30 copay/visit
• **Pediatric PCP Office Visit** (For a covered dependent through the age of 18). *Note: Office visit charge applies when seen by a physician and/or a licensed clinician under the supervision of the physician.*	$0 copay/visit
• **Specialist Office Visit** *Note: Office visit charge applies when seen by a physician and/or a licensed clinician under the supervision of the physician.*	$75 copay/visit

COVERED MEDICAL SERVICES

GENERAL SERVICES	*Copay Charges*
• **Preventive Care Services** Prenatal visits; Prostate and Colorectal Cancer Screening; Routine Immunizations; Routine Physical Exams; Tubal Ligation; Well-Woman Exams; any evidence−based items or services that have in effect a rating of "A" or "B" in the current recommendations of the United States Preventive Services Task Force.	No charge
• **Diagnostic Test** Routine Lab (Blood Work) and X-rays.	20% after deductible
• **Imaging and Radiology** (both Facility and Physician charges) Angiogram; CT Scan; MRI; Myelography; PET Scan; Stress Test; Ultrasound.	20% after deductible
• **Outpatient Services** Facility Charges; Medical Injectables; Medical Supplies; Observation Unit; Outpatient Surgical Procedures; Pain Management; Physician Services.	20% after deductible
• **Emergency Room** Copayment waived if episode results in hospitalization for the same condition within 24 hours.	20% after deductible
• **Ambulance Services** Air/Ground.	20% after deductible
• **Urgent Care**	$75 copay/visit
• **Inpatient Services** Blood and Blood Products; Chemical Abuse Services; Coronary Care Units; Drugs including specialty pharmacy drugs; Facility Charges; Intensive Care Unit (ICU); Laboratory Tests/X-rays; Maternity Labor and Delivery; Medical Injectables; Medical Supplies; Mental Health Services; Neonatal Intensive Care Unit (NICU); Operating/Recovery Room; Pain Management; Physician Services; Pre-Admission Testing; Rehabilitation Facility; Serious Mental Illness; Skilled Nursing Facility¥; Surgical Procedures.	20% after deductible
• **Outpatient Mental Health/ Chemical Abuse Services** Alcohol and Drug Dependency; Outpatient Mental Health Care; Serious Mental Illness.	$30 copay /visit
• **Maternity Services/ Family Planning/ Infertility** Postnatal Care; Family Planning Services (as medically necessary); Diagnosis of Infertility.	$75 copay/visit
• **Rehabilitation Services¥** Physical Therapy; Occupational Therapy; Speech Therapy; Chiropractic Care.	$75 copay/visit
• **Habilitation Services¥** Physical Therapy; Occupational Therapy; Speech Therapy; Chiropractic Care.	$75 copay/visit
• **Home Health Care¥** Private duty nursing in a limited set of circumstances (Refer to plan document).	20% after deductible
• **Durable Medical Equipment (DME)** Orthotics; Prosthetics.	20% after deductible
• **Diabetes Management** Diabetes Self-Management Training, Education, Care Management.	$30 copay/visit
• **Diabetic Equipment & Supplies**	Same as DME or Rx, as appropriate
• **Nutritional Counseling**	$30 copay/visit

COVERED MEDICAL SERVICES	
GENERAL SERVICES	*Copay Charges*
• **Telemedicine and Telehealth Services**	The amount of the deductible or copayment may not exceed the amount of the deductible or copayment required for a comparable medical service provided through a face-to-face consultation.
• **Other Services** Including, but not limited to: Allergy Testing/Serum/Injections; Amino Acid-Based Elemental Formulas; Autism Spectrum Disorders; Brain Injury; Cardiovascular Disease Screening Test¥; Chemotherapy; Craniofacial; Dialysis Services; EKG; Genetic Testing; Hearing Aids¥ and Cochlear Implants; Home Infusion Medications; Hospice Care; Inherited Metabolic Disorders-PKU; Internal Implantable Devices; Limited Accidental Dental Care; Non-Preventive Colonoscopy (Facility/Physician); Organ Transplant Services; Surgical Procedures in Physician Office; Temporomandibular; Vasectomy.	20% after deductible
• **All Other Covered Services** *(not specified herein)*	20% after deductible

OTHER PEDIATRIC CARE SERVICES *Reserved only for covered dependents through the age of 18.*	*Copay Charges*
• **Annual Routine Eye Exam**	$75 copay/visit
• **Annual Eye Glasses** Limited to one pair of eyeglasses per plan year.	$75 copay
• **Dental Services**	Not covered

PRESCRIPTION DRUG SERVICES	*Copay Charges*	
	30-day Standard	*90-day Maintenance**
• **ACA Preventive Drugs**	$0 copay	$0 copay
• **Tier 1** Generic Drugs	$25 copay	$75 copay
• **Tier 2** Preferred Brand Name Drugs	$55 copay after deductible	$165 copay after deductible
• **Tier 3** Non-Preferred Brand Name Drugs	$150 copay after deductible	$450 copay after deductible
• **Tier 4** Specialty Drugs and Oral Chemotherapy Drugs	$500 copay after deductible	Not covered
• **Preferred Diabetic test strips for blood glucose monitors**	$55 copay after deductible	$165 copay after deductible
• **Non-Preferred Diabetic test strips for blood glucose monitors**	Non-formulary	Non-formulary

*Maintenance-eligible drugs allowed up to a 90-day supply if obtained through a Baylor Scott & White Pharmacy or participating 90-day retail or mail order pharmacy provider.
Mail Order: Available for a 1- to 90-day supply. Non-maintenance drugs obtained through mail order are limited to a 30- to 34-day supply maximum.
Some Specialty drugs may require prior authorization. 30-day supply only.

Covered Service Limitations¥:

- **Cardiovascular Disease Screening Test**
  Limited to once every 5 years
- **Habilitation Services**
  (Physical Therapy, Occupational Therapy, Speech Therapy and Chiropractic Care)
  Limited to 35 combined visits per plan year
  Limits may not apply for Therapies for Children with Developmental Delays and Autism Spectrum Disorder.
- **Hearing Aids**
  Limited to one device per ear every 3 years
- **Home Health Care**
  Limited to 60 visits per plan year
- **Rehabilitation Services**
  (Physical Therapy, Occupational Therapy, Speech Therapy and Chiropractic Care)
  Limited to 35 combined visits per plan year
  Limits may not apply for Therapies for Children with Developmental Delays and Autism Spectrum Disorder.
- **Skilled Nursing Facility**
  Limited to 25 days per plan year

This Consumer Choice of Benefits Health Maintenance Organization health care plan, either in whole or part, does not provide state-mandated health benefits normally required in Evidences of Coverage in Texas. This standard health benefit plan may provide a more affordable health plan for you, although, at the same time, it may provide you with fewer health plan benefits than those normally included as state-mandated health benefits in Texas. Please consult with your insurance agent to discover which state-mandated health benefits are excluded in this Evidence of Coverage.

THIS EVIDENCE OF COVERAGE IS NOT A MEDICARE SUPPLEMENT POLICY

THIS IS NOT A POLICY OF WORKERS' COMPENSATION INSURANCE. THE EMPLOYER DOES NOT BECOME A SUBSCRIBER TO THE WORKERS' COMPENSATION SYSTEM BY PURCHASING THIS POLICY, AND IF THE EMPLOYER IS A NON-SUBSCRIBER, THE EMPLOYER LOSES THOSE BENEFITS WHICH WOULD OTHERWISE ACCRUE UNDER THE WORKERS' COMPENSATION LAWS. THE EMPLOYER MUST COMPLY WITH THE WORKERS' COMPENSATION LAW AS IT PERTAINS TO NON-SUBSCRIBERS AND THE REQUIRED NOTIFICATIONS THAT MUST BE FILED AND POSTED.

THIS EVIDENCE OF COVERAGE IS GOVERNED BY THE LAWS OF THE STATE OF TEXAS AND APPLICABLE FEDERAL LAW. THIS EVIDENCE OF COVERAGE MAY BE PURCHASED THROUGH THE FEDERAL HEALTH INSURANCE MARKETPLACE (REFERRED TO AS “THE EXCHANGE”) OR IT MAY BE PURCHASED DIRECTLY FROM FIRSTCARE HEALTH PLANS.

Welcome To FirstCare

Dear Subscriber:

On behalf of FirstCare, I am pleased to welcome You to Our Health Plan.

Please take a few minutes to read this booklet and become familiar with the HMO benefits Your Plan covers and does not cover as explained herein.

A representative from Our Customer Service Department will be calling to assist You in understanding Your FirstCare coverage. However, if you have questions or need information about how to use Your FirstCare Plan before you receive this call, please contact Our Customer Service Department at 1-855-572-7238, visit www.FirstCare.com and the myFirstCare Self Service secure Member web portal.

Thank You for selecting FirstCare.

SHA,L.L.C. dba FirstCare
[12940 N Highway 183
Austin, Texas 78750]
[(512) 257-6000]
[1-855-572-7238]
www.FirstCare.com

INDIVIDUAL CONTRACT

EVIDENCE OF COVERAGE

This Individual Contract Evidence of Coverage is issued to You (and Your eligible enrolled Dependents), because You have enrolled in the health maintenance organization of SHA, L.L.C. dba FirstCare. Your Evidence of Coverage, along with any attachments and amendments hereto, constitutes Your contract with FirstCare. By completing Your enrollment form, making payment of applicable premiums, and accepting this Evidence of Coverage, You (and Your Dependents if any) agree to abide by and adhere to the provisions, terms and conditions contained in Your Evidence of Coverage.

You have 10 days to examine this Evidence of Coverage after You received it. If after examining it You are not satisfied for any reason, You may return it within the 10-day period and the premium you have paid will be returned to You. However, if You receive any services prior to returning this Evidence of Coverage, You will be responsible for the cost of those services.

The effective date of coverage of Your Evidence of Coverage shall be as indicated on Your FirstCare Member ID card and as confirmed by FirstCare.

Note: FirstCare Health Plans does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation, or health status in the administration of the plan, including enrollment and benefit determinations.

IMPORTANT NOTICE

To obtain information or make a Complaint: You may call FirstCare's toll free telephone number for information or to make a Complaint at:

1-855-572-7238

You may also write to Us at:

SHA, L.L.C. dba FirstCare
ATTN: Complaints and Appeals
12940 N. HWY 183
Austin, TX. 78750

You may contact the Texas Department of Insurance to obtain information on companies, coverages, rights or Complaints at:

1-800 252-3439

You may write the Texas Department of Insurance:

P.O. Box 149104
Austin, Texas 78714-9104
FAX: (512) 490-1007
Web: www.tdi.texas.gov
E-mail: ConsumerProtection@ tdi.texas.gov

PREMIUM OR CLAIM DISPUTES:

Should You have a dispute concerning Your premium or about a claim, You should contact FirstCare first. If the dispute is not resolved, You may contact the Texas Department of Insurance.

ATTACH THIS NOTICE TO YOUR POLICY:

This notice is for information only and does not become a part or condition of the attached document.

AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o para presentar una queja:

Usted puede comunicarse con FirstCare llamando al número de teléfono gratuito de FirstCare's para información o para presentar una queja al:

1-855-572-7238

Usted también puede escribirnos a:

SHA, L.L.C. dba FirstCare
ATTN: Complaints and Appeals
12940 N. HWY 183
Austin, TX. 78750

Usted puede escribir al Departamento de Seguros de Texas para obtener información acerca de compañías, coberturas, derechos o quejas al:

1-800-252-3439

Usted puede escribir al Departamento de Seguros de Texas:

P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
FAX: (512) 490-1007
Sitio web: www.tdi.texas.gov
E-mail: ConsumerProtection@ tdi.texas.gov

DISPUTAS POR PRIMAS O RECLAMACIONES:

Si tiene una disputa relacionada con su prima de seguro o con una reclamación, usted debe comunicarse con FirstCare primero. Si la disputa no es resuelta, usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas.

ADJUNTE ESTE AVISO A SU POLIZA:

Este aviso es solamente para propósitos informativos y no se convierte en parte o condición del documento adjunto.

TABLE OF CONTENTS

What's In This Document…….……..8

SECTION 1

Requirements for All Health Care Services……..….9

- *Medical Necessity*
- *Primary Care Physician*
- *Your Right to Choose an Obstetrician or Gynecologist*
- *Participating Providers*
- *Ancillary Providers*
- *Continuity of Coverage*
- *Other Restrictions*
- *Copayments*
- *Deductible*
- *Out-of-Pocket Maximum*
- *FirstCare Review*

SECTION 2

Eligibility and Enrollment……...……13

- *Subscriber Coverage*
- *Dependent Coverage*
- *Enrollment and Effective Date of Coverage*
- *Notice of Ineligibility*
- *Child-Only Coverage*

SECTION 3

What is Covered…….……17

Outpatient Services…….…….17

- *Physician Office Visits*
- *Services at Home*
- *Laboratory Services*
- *Radiology Services*
- *Surgical Procedures Performed in Your Physician's Office*
- *Materials Provided in Your Physician's Office*
- *Medical Injectable Drugs*
- *Pre-Natal and Post-Natal Obstetrical Care*
- *Rehabilitation Services*
- *Habilitation Services*
- *Therapies for Children with Developmental Delays*
- *Acquired Brain Injury*
- *Outpatient Surgery*
- *Pain Management Services*
- *Allergy Testing and Injections*
- *Anti-Smoking Programs*
- *Short-Term Mental Health Services*
- *Serious Mental Illness Services*
- *Autism Spectrum Disorder*
- *Chemical Dependency Treatment*

Preventive Health Care Services……...22

- *Routine Physical Examinations*
- *Well-Baby and Well-Child Care*
- *Routine Immunizations*
- *Well-Woman Examinations*
- *Screening Mammogram*
- *Bone Mass Measurement*
- *Examination for Detection of Prostate Cancer*
- *Screening for Detection of Colorectal Cancer*
- *Cardiovascular Disease Testing*
- *Routine Sight, Speech, and Hearing Screening*
- *Pediatric Vision Care Services*
- *All Other Preventive Services*

Family Planning Services…….…...25

- *Family Planning*
- *Infertility Services*

Inpatient Services……..25

- *Obstetrical Services*
- *Mastectomy or Related Procedures*
- *Room, Meals, and Nursing Care*
- *Medical, Surgical, and Obstetrical Services*
- *Observation Unit Admission*
- *Rehabilitation Services*
- *Habilitation Services*
- *Skilled Nursing Facility*
- *Short Term Mental Health*
- *Serious Mental Illness*
- *Chemical Dependency Treatment*
- *Blood and Blood Products*

Telemedicine and Telehealth Services……28

Other Health Care Services…….28

- *Home Health Care*

- *Home Infusion Therapy*
- *Non-Emergency Ambulance Transport Service*
- *Reconstructive Surgery Services*
- *Prosthetic and Orthotics*
- *Internal Implantable Devices*
- *Durable Medical Equipment*
- *Medical Supplies*
- *Diabetes Services*
- *Hearing Aids and Cochlear Implants*
- *Limited Accidental Dental-Related Services*
- *Temporomandibular Joint Syndrome Services*
- *Dialysis Services*
- *Organ and Stem Cell Transplants*
- *Chemotherapy*
- *Radiation Therapy*
- *Amino Acid-Based Formulas*
- *Clinical Trials – Routine Patient Care*
- *Hospice Services*
- *Nutritional Counseling*

Prescription Drug Services…….……..36

SECTION 4

Emergency and Out-of-Area Urgent Care Services……...42

- *Emergency Care*
- *Out-of-Area Urgent Care*
- *Services and Copayments*
- *Payment Procedures*

SECTION 5

What is Not Covered ……..….....45

SECTION 6

Utilization Review (U.R.) Program……...54

- *Definitions*
- *Effect on Benefits*
- *Utilization Review Program Requirements*
- *Pre-Authorization Requirements*
- *Case Management Program*
- *Disease Management Program*

SECTION 7

Premiums and Termination of Coverage……...…….57

- *Premiums*
- *Termination of Coverage*
- *Refunds*
- *Rescissions*
- *Continuation of Coverage*
- *Reinstatement*

SECTION 8

Coordination of Benefits and Subrogation…….61

- *Coordination of Benefits*
- *Rules of Coordination*
- *Subrogation, Reimbursement, and/or Third Party Responsibility*

SECTION 9

Member Complaint and Appeal Procedure……...…….68

- *Complaint Procedure*
- *Complaint Appeal Procedure*
- *Adverse Benefit Determination Appeal Procedure*
- *Filing Complaints with the Texas Department of Insurance*
- *Appeals to an Independent Review Organization (IRO)*

SECTION 10

Miscellaneous Provisions…….……73

- *Entire Evidence of Coverage*
- *Change in Premium Upon Notice*
- *Cancellation*
- *Authority*
- *Authorization to Examine Health Records*
- *Notice of Claim*
- *Payment of Claims*
- *Legal Action*
- *Notice*
- *Interpretation of the Evidence of Coverage*
- *Assignment*
- *Gender*
- *Modifications*

- *Clerical Error*
- *Headings and Captions*
- *Incontestability*
- *Premium Rebates and Premium Abatements*
- *Actuarial Value*

SECTION 11
Definitions…….....77

SECTION 12
Required Disclosures……...…87

- *Notice of Special Toll-Free Complaint Number*
- *Notice of Out-of-Network Coverage*
- *Balance Billing Notice*

SECTION 13
Mandatory Benefit Notices…….….88

- *Mastectomy or Lymph Node Dissection*
- *Coverage and/or Benefits for Reconstructive Surgery after Mastectomy-Enrollment*
- *Coverage and/or Benefits for Reconstructive Surgery after Mastectomy-Annual*
- *Examinations for Detection of Prostate Cancer*
- *Inpatient Stay Following Birth of a Child*
- *Coverage for Tests for Detection of Colorectal Cancer*
- *Coverage of Tests for Detection of Human Papillomavirus, Ovarian Cancer, and Cervical Cancer*

FirstCare HMO Service Area ..……91

This document, known as the "Evidence of Coverage," describes the benefits available to you under your FirstCare Health Plan. At the time you enroll in FirstCare, and at other times after that, We may also provide supplements (known as "Riders or Amendments") that describe any additional benefits or any changes in your benefits or the terms of your coverage.

Throughout this document, "You" and "Your" refer to a FirstCare Member, including any eligible Dependents of the FirstCare Member (such as spouses and children) who are also enrolled in the Plan. "We," "Our," and "Us" refer to FirstCare. "Your Plan" and "the Plan" refer to the FirstCare Health Plan which is described in this document, together with your Schedule of Copayments.

Here is what you will find in this document:

SECTION 1: Requirements For All Health Care Services. This section describes the general requirements that apply to all health care services covered under Your Plan. For instance, it tells you which health care professionals you may go to for covered services. It also describes referrals to specialists and prior approvals for hospitalizations and other services.

SECTION 2: Eligibility and Enrollment. This section explains eligibility requirements for membership in FirstCare and effective dates for newly eligible Dependents.

SECTION 3: What Is Covered. This section tells you which health care services are covered under Your Plan, along with any limits on coverage for specific services. Section 3 also tells you the amount (if any) you have to pay at the time you receive services. This amount is called your "Copayment".

SECTION 4: Emergency and Out-of-Area Urgent Care Services. This section describes what services We will cover in a medical emergency, both inside and outside of FirstCare's Service Area. It explains your coverage for urgent care services when you are *outside* the FirstCare Service Area. This section also tells you how to get covered care if you urgently need services while you are *inside* the Service Area.

SECTION 5: What Is Not Covered. This section describes health care services that are not covered under Your Plan.

SECTION 6: Utilization Review (U.R.) Program. This section describes the pre-approval process required for some benefits.

SECTION 7: Premiums and Termination of Coverage or Benefits. This section tells you about your premiums, when they are due and what happens if your payments are late or if you fail to make premium payments. This section also provides specific reasons why your coverage or benefits may be terminated or canceled.

SECTION 8: Coordination of Benefits and Subrogation. This section describes the order of benefit determination rules when a Member has coverage under more than one plan**.**

SECTION 9: Member Complaint & Appeal Procedure. This section describes the process FirstCare has developed for you to follow should you have a Complaint or dissatisfaction about any aspect of Our operation. The section also tells you how to use Our Appeal process if you disagree with Our resolution to your Complaint.

SECTION 10: Miscellaneous Provisions. This section describes certain provisions including reimbursement of claims that you have paid, authority to examine your health records and incontestability provisions.

SECTION 11: Definitions. This section provides definitions of some of the terms used throughout this document. This document also uses specific medical terms for certain illnesses and treatments, which may not be defined in Section 10. If you have questions about any of these terms, please visit www.FirstCare.com and the myFirstCare Self Service secure Member web portal.

SECTION 12: Required Disclosures

SECTION 1 – REQUIREMENTS FOR ALL HEALTH CARE SERVICES

To be covered under Your Plan, health care services must meet all of the requirements described in this section.

Medical Necessity

The service must be *Medically Necessary* as determined by the FirstCare Medical Director. By *Medically Necessary*, We mean that the service meets *all* of the following conditions:

- The service or item is reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of an illness or injury or for a medical condition, such as pregnancy;*
- Is consistent with widely accepted professional standards of medical practice in the United States;
- Is prescribed by a Physician or other healthcare provider;
- The service is provided in the most cost-efficient way and at an appropriate duration and intensity, while still giving You a clinically appropriate level of care;
- Is not primarily for the personal comfort of the patient, the family, Physician, or other provider of care;
- Is not a part of, or associated with, the scholastic, educational, or vocational training of the patient;
- Is neither Investigative nor Experimental in nature; or
- Is pre-approved, when required by FirstCare.

Not every service that fits this definition is covered under Your Plan. To be covered, a Medically Necessary service must also be described in Section 3*, What Is Covered.* The fact that a Physician or other health care provider has performed, prescribed, or recommended a service does not mean it is Medically Necessary or that it is covered under Your Plan. (*Also see Section 5, What Is Not Covered.)*

*The Utilization Review Agent will decide whether a service, equipment, or supply is Medically Necessary, experimental or investigational, considering the views of the medical community, guidelines and practices of the Centers for Medicare and Medicaid Services, and peer review literature.

Primary Care Physician

All Covered Health Services must be either provided by Your Primary Care Physician (PCP), a Participating Provider or a pre-approved Non-Participating Provider. For more information about who can serve as a PCP, please see the definition of "Primary Care Physician" in Section 11*, Definitions.*

Your Right to Choose an Obstetrician or Gynecologist

You are permitted to designate and visit an obstetrician or gynecologist to obtain direct access to the health care services provided by Your designated obstetrician or gynecologist, without a referral from Your PCP or prior authorization from Us. You are not required to choose an obstetrician or gynecologist, but may decide to have Your PCP provide these services.

Once You have selected a FirstCare obstetrician/gynecologist, You do not need a referral from Your PCP or pre-approval from Us to make an appointment. You may call Your obstetrician or gynecologist's office directly to schedule Your office visit.

Your FirstCare obstetrician/gynecologist may also refer You for treatment for a disease or condition that is within the scope of an obstetrics and gynecological specialty practice, including treatment of medical conditions concerning the breasts.

If You need help choosing a FirstCare obstetrician/gynecologist or to change Your Physician, please visit www.FirstCare.com and the myFirstCare Self Service secure Member web portal.

Participating Providers

The service must be provided:

- by a Physician or other health care professional who participates in the FirstCare network; and
- at a Hospital, laboratory or other Facility that also participates in the FirstCare network.

Participating Providers are health care providers in Your community who participate through a contract with FirstCare to provide services to FirstCare Members. The provider must be a Participating Provider at the time the service is rendered. A more detailed definition of Participating Provider appears in Section 11*, Definitions.*

For more information on Participating Providers, check the FirstCare Provider Directory. Remember that the provider directory is subject to change, so please visit www.FirstCare.vitalschoice.com for current information.

There are special circumstances under which You may obtain Covered Health Services from providers who are not part of the FirstCare network, also known as Non-Participating Providers. A more detailed definition of Non-Participating Provider appears in Section 11, *Definitions*:

- You may have to use Non-Participating Providers for emergency or out-of-area urgent care services described in Section 4*, Emergency and Out-of-Area Urgent Care Services*;
- If We determine Medically Necessary care cannot be provided by any health care provider participating in the FirstCare network, Your PCP may refer You to an Non-Participating Provider. We will process necessary referrals to Non-Participating Providers within the time appropriate to the circumstances relating to the delivery of the services and the condition of the patient, but in no event to exceed five business days after receipt of reasonably requested documentation;
- If Medically Necessary covered services, other than emergency care, are not available through Your Participating Provider on the request of the Participating Provider, We will provide for a review by a Non-Participating Provider with expertise in the same specialty as or a specialty similar to the type of health care provider to whom a referral is requested before We may deny the referral.
- Non-Participating Providers may be used in cases of court-ordered coverage for Dependent children who live inside or outside of FirstCare's Service Area. However, We must approve services, equipment or supplies that normally require an authorization (e.g. inpatient and outpatient procedures, rehabilitation, speech, occupational, or physical therapies, durable medical equipment or supplies) in advance or it will not be covered. Please refer to the specific benefit coverage detailed in Section 3*, What Is Covered*;
- When We agree to continue coverage for the services of a provider who stops participating in the FirstCare network, You may only use a Non-Participating Provider in accordance with the Continuity of Coverage provision in this section, when these arrangements have been pre-approved by Us; and
- In all cases, Medically Necessary Emergency Care received from a non-participating Physician or non-Participating Provider will be reimbursed according to the terms of the Evidence of Coverage at the usual and customary or agreed upon rate, except for Copayments, and charges for non-covered services. You will be held harmless for any amounts beyond the Copayment or other Out-of-Pocket amounts that You would have paid had the network included network Physicians or providers from whom You could obtain the services.

Ancillary Providers

An Ancillary Provider is a provider with whom a PCP may be required to consult and/or coordinate care for certain Covered Health Services on Your behalf. We do not require You to have a referral to see an ancillary provider. Your PCP may be required to consult with an Ancillary Provider on Your behalf to provide certain services, such as mental health services. If You need to obtain information about the health care services that require consultation with an Ancillary Provider, the identity of the Ancillary Providers who coordinate referrals for such health care services in Your area, or a current list of providers of those health care specialty services in Your area, please visit www.FirstCare.com and the myFirstCare Self Service secure Member web portal.

Continuity of Coverage

If You or Your Covered Dependents are receiving health care services from a Participating Provider whose relationship with the Plan as a Participating Provider is terminated by the provider, the Plan will assist that provider to give You no less than 30 days' advance notice of the termination. However, if a provider is terminated for reasons related to imminent harm, the Plan will notify You immediately

Except for medical incompetence or unprofessional behavior, the termination does not release the Plan from reimbursing the Participating Provider for providing treatment to You or Your Covered Dependent in certain special circumstances. Special circumstance means a condition which Your physician or provider, or Your Covered Dependent's physician or provider reasonable believes could cause harm to You or Your Covered Dependent if the physician or provider discontinues treatment of the Member, and include a disability, acute condition, life threatening illness, or being past the twenty-fourth week of pregnancy. However, the Participating Provider must first identify the special circumstance and submit a request to Plan's Medical Director that You or Your Covered Dependent be permitted to continue treatment under the Participating Provider's care. The Participating Provider must agree not to seek payment from You or Your Covered Dependent of any amounts for which You would not be responsible if the Health Professional or Participating Physician were still under contract with the Plan. If the request is granted, the Plan's obligation to pay for the services of the Participating Provider shall not exceed 90 days from the date of termination or nine (9) months in the case of a terminal illness with which You or Your Covered Dependent was diagnosed at the time of the termination and shall not exceed the contract rate. If You or a Covered Dependent is past the twenty-fourth (24th) week of pregnancy at the time of termination, Health Plan's obligation to reimburse a terminated Participating Provider for services extends through delivery of the child, immediate postpartum care and the follow-up checkup within the first six weeks of delivery.

Other Restrictions

In addition to the general requirements described above, there are specific restrictions on Your coverage for some services. For instance, some services are only covered if We pre-approve them. There are also time limits on Your coverage for some services. These restrictions are described in Section 3*, What is Covered.*

Copayments

Copayments are the amounts You are required to pay to a Participating Provider or other authorized provider in connection with the provision of Covered Health Services. The Copayment amounts are indicated in the Schedule of Copayments.

Deductible

The amount of Covered Services You are responsible for paying each Calendar Year before benefits become payable under this Plan. The Deductible is the amount of Covered Expenses You must pay for each Member before any benefits are available regardless of provider type. If You have several Members, all charges used to apply toward the "per Member" Deductible will apply towards the "per Family" Deductible. When that Family Deductible amount is reached, no further individual Deductible will have to be satisfied for the remainder on that Calendar Year. No Member will contribute more than the individual Deductible amount towards the "per Family" Deductible amount. Copayments not subject to the Deductible do not apply to the Calendar Year Deductible. Please refer to Your Schedule of Copayments for specified Deductible amount.

Out-of-Pocket Maximum

The total dollar amount a Member must pay each Calendar Year before We pay benefits at 100%. The Out-of-Pocket Maximum includes Deductibles, and Copayments. It does not include premiums, non-covered services and balance billing amounts. Refer to your Schedule of Copayments for Out-of-Pocket Maximum amounts.

FirstCare Review

In making any decision about coverage of Your health care services under The Plan, We may consult with any health care professional or organization that We believe will be helpful, if permitted by law. We also have the right to have health care professionals of Our choice examine Your medical records and physical condition, if permitted by law. We may use this information to assist in the coordination of Your covered services (such as planning for Your care after You are discharged from the Hospital), to help Us in making decisions about pre-approval of services, and other decisions concerning Your coverage under The Plan.

SECTION 2 – ELIGIBILITY AND ENROLLMENT

For persons enrolling through the Exchange, eligibility for this coverage will be determined by the Exchange in accordance with applicable law. For questions regarding eligibility, refer to healthcare.gov.

Subscriber Coverage

To be eligible to enroll as a FirstCare Subscriber, You must reside, live, or work in the FirstCare Service Area.

Dependent Coverage

To be eligible to enroll as a Dependent, a person must be an eligible Dependent of a Subscriber, and;

- Be Your spouse as defined by Texas law;
- Be a child (including a step-child, a legally adopted child or a child who has become the subject of a suit for adoption) of You or Your spouse who is under age 26;
- Be a child for whom You or Your spouse is a court appointed legal guardian. You must provide proof of such guardianship with Your Dependent's enrollment form;
- Be a child who is and continues to be both:
  - **a.** Unable to maintain self-sufficient employment because of a mental or physical handicap; and
  - **b.** Mainly dependent upon You for economic support and maintenance. You must provide proof of Your child's incapacity and dependency (e.g. a Physician's statement) to Us within 31 days of Your child's reaching the limiting age of 26. Afterward, You may be required to show proof of Your child's dependency, but not more often than once per year;
- Be a newborn child of You or Your spouse. To make sure Your child has continued coverage, You must notify Us, either verbally or in writing, of the addition of Your newborn as a Dependent within 31 days following Your child's birth, and pay any additional premium charges. (Note: If you have enrolled through the Exchange, You must notify the Exchange within 30 days of your intent to add Your newborn child).
- If Your newborn child is born outside the FirstCare Service Area due to an emergency, or is born in an Non-Participating Facility to a mother who does not have coverage under this Evidence of Coverage, We may require transfer to a Plan Facility and, if applicable, to a Participating Provider. Such transfer must be medically appropriate and approved by the newborn's treating Physician; We will cover expenses associated with transferring a newborn to a Plan Facility. Congenital defects are treated the same as any other illness or injury for which coverage is provided;
- Be an unmarried child of a Dependent (i.e., the Subscriber's grandchild) who is dependent upon You (i.e., grandparent) for support as defined by the United States Internal Revenue Code and applicable federal regulations, and who otherwise meets the requirements for an unmarried child specified above. Coverage may not be terminated solely because the covered child is no longer Your or Your spouse's Dependent for federal income tax purposes; or
- Be a child who resides inside or outside the FirstCare Service Area and whose coverage under The Plan is required by You or Your spouse through a medical support order or dental support order issued under Section 14.061, Texas Family Code. We shall provide coverage that is comparable health or dental coverage to that provided to other Dependents under The Plan. (Note: If You have enrolled through the Exchange, You must notify the Exchange within 30 days of your intent to add a child subject to a medical support or dental support court order).

Enrollment and Effective Date of Coverage

Subject to FirstCare's approval and acceptance of a completed enrollment application, and the payment of applicable premiums, your coverage shall become effective as follows:

1. *Initial Enrollment*

If Your coverage was purchased through the Exchange or directly from FirstCare, Annual Open Enrollment Periods apply to You.

2. *Annual Open Enrollment Periods/Effective Date of Coverage*

You may apply for or change coverage in a Qualified Health Plan (QHP) (*See Definitions in* Section 11) through the Exchange for Yourself and/or Your eligible Dependents during the annual Open Enrollment Period designated by the Exchange.

When You enroll during the annual Open Enrollment Period, Your and/or Your eligible Dependents' effective date will be the following January 1, unless otherwise designated by the Exchange and FirstCare, as appropriate.

Coverage under this QHP is contingent upon timely receipt by FirstCare of necessary enrollment information and initial premium.

This section describing Annual Open Enrollment Periods is subject to change by the Exchange, FirstCare, and/or applicable law, as appropriate.

3. *Late Enrollees/Special Enrollment/Effective Dates of Coverage*

Health care reform requires health Plans to offer late and special enrollment periods. Eligible individuals and Dependents are allowed to enroll in a QHP (on the Exchange) or directly in a FirstCare health Plan, or change from one to another, as a result of the triggering events listed below. The special enrollment period generally is sixty (60) calendar days from the date of the triggering event. Coverage is effective as of the first day of the following month for elections made by the 15th of the preceding month and on the first day of the second following month for elections made between the 16th and the last day of a month, unless specified otherwise below.

You, and when specified below, Your Dependent, are allowed to enroll in a Plan or change from one to another as a result of the following triggering events:

- You or Your Dependent
  - Loses Minimum Essential Coverage; New coverage for You and/or eligible Dependents will be effective no later than the first day of the month following the loss. A loss of Minimum Essential Coverage does not include failure to pay Premiums on a timely basis, including COBRA Premiums prior to the expiration of COBRA coverage, or situations allowing for a Rescission. Rescission is defined as a cancellation or discontinuance of coverage that has a retroactive effect. Loss of Minimum Essential Coverage does include loss of coverage because You no longer reside, live or work in a health Plan's service area. It also includes expiration of COBRA continuation coverage.
  - Is enrolled in any non-calendar year group health plan or individual health insurance coverage, even if You or Your Dependent has the option to renew such coverage. The date of the loss of coverage is the last day of the plan or policy year;
  - Loses pregnancy-related coverage or loses access to health care services through coverage provided to a pregnant woman's unborn child. The date of the loss of coverage is the last day the qualified individual would have pregnancy-related coverage or access to health care services through the unborn child coverage; or
  - Loses medically needy coverage only once per calendar year. The date of the loss of coverage is the last day the consumer would have medically needy coverage.
- You gain a Dependent or become a Dependent through marriage, birth, adoption, suit for adoption, placement for adoption, or placement in foster care, or through a child support order or other court order. In the case of marriage, at least one spouse must demonstrate having Minimum Essential Coverage for 1 or more days during the 60 days preceding the date of

marriage. At the option of the Exchange, You lose a Dependent or are no longer considered a Dependent through divorce or legal separation, or if You or Your Dependent die. New coverage for You and/or Your eligible Dependents will be effective on the date of the birth, adoption, foster care placement, placement for adoption or the date the Subscriber becomes a party to a suit in which the Subscriber seeks to adopt a child. However, for Members enrolled through the Exchange, advance payments of any Premium Tax Credit and Cost-Sharing Reductions, if applicable, are not effective until the first day of the following month, unless the birth, adoption, or placement for adoption occurs on the first day of the month. The effective date for court-ordered eligible child coverage will be determined by FirstCare in accordance with the provisions of the court order.

- You or Your Dependent, become newly eligible for enrollment in a QHP through the Exchange.
- Your or Your Dependent's enrollment or non-enrollment in a QHP is unintentional, inadvertent, or erroneous and is the result of the error, misrepresentation, misconduct, or inaction of an officer, employee or agent of the Exchange or HHS;
- You or Your Dependent adequately demonstrates to the Exchange that the QHP in which You are enrolled substantially violated a material provision of their contract in relation to You;
- You become newly eligible or newly ineligible for advance payments of the Premium Tax Credit or have a change in eligibility for Cost-Sharing Reductions, regardless of whether You are already enrolled in a QHP.
- You or Your Dependent gains access to a new QHP as a result of a permanent move and Minimum Essential Coverage for one or more days during the 60 days preceding the date of the permanent move;
- You gain or maintain status as a Native American or become the Dependent of a Native American and may enroll in a QHP or change from one QHP to another one time per month.
- You or Your Dependent demonstrate to the Exchange that You meet other exceptional circumstances (as defined by the Exchange).
- You are a victim of domestic abuse or spousal abandonment or a Dependent or unmarried victim within a household, are enrolled in Minimum Essential Coverage, and seeking to enroll in coverage separate from the perpetrator of the abuse or abandonment. You are a Dependent of a victim of domestic abuse or spousal abandonment, on the same application as the victim, may enroll in coverage at the same time as the victim.
- Due to a qualifying event, You are assessed by the Exchange as potentially eligible for Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP), and are determined ineligible for Medicaid or CHIP by the State Medicaid or CHIP agency either after Open Enrollment has ended or more than 60 days after the qualifying event. You also may have applied for coverage at the State Medicaid or CHIP agency during the annual Open Enrollment period, and are determined ineligible for Medicaid or CHIP after Open Enrollment has ended.
- You or Your Dependent adequately demonstrates to the Exchange that a material error related to plan benefits, service area, or premium influenced Your decision to purchase a QHP through the Exchange.
- At the option of the Exchange, You or Your Dependent provide satisfactory documentary evidence to verify Your eligibility for an insurance affordability program or enrollment in a QHP through the Exchange following termination of Exchange enrollment due to a failure to verify such status within the time period specified in §155.315 or is under 100 percent of the Federal poverty level and did not enroll in coverage while waiting for HHS to verify Your citizenship, status as a national, or lawful presence.

Limitation

Persons initially or newly eligible for enrollment who do not enroll during the special enrollment period may not be enrolled until the next Annual Open Enrollment Period.

FirstCare must receive Your completed enrollment form or change request form and payment of any necessary premiums before coverage under this benefit Plan becomes effective.

Notice of Ineligibility

It is your responsibility to notify FirstCare and the Exchange (if applicable) of any changes that will affect You or Your Dependents eligibility for services or benefits under this Plan within 30 days of the event.

Child Only Coverage

Eligible children who have not attained age 21 may enroll as the sole Subscriber under this Evidence of Coverage (health care plan). In such event, this Evidence of Coverage is considered child-only coverage and the following restrictions apply:

- Each child is enrolled individually as the sole Subscriber; the parent or legal guardian is not covered and is not eligible for benefits under this health care plan.
- No additional Dependents may be added to the enrolled child's coverage. Each child must be enrolled in his/her own health care plan. Note: If a child covered under this Evidence of Coverage acquires a new eligible child of his/her own, the new eligible child may be enrolled in his/her own health care plan coverage if application for coverage is made within 60 days.
- If a child is under the age of 18, his/her parent, legal guardian, or other responsible party must submit the application for child-only insurance form, along with any exhibits, appendices, addenda and/or other required information to FirstCare and the Exchange, as appropriate. For any child under 18 covered under this Evidence of Coverage, any obligations set forth in this Evidence of Coverage, any exhibits, appendices, addenda and/or other required information will be the obligations of the parent, legal guardian, or other responsible party applying for coverage on the child's behalf. Application for a child-only coverage will not be accepted for an adult child that has attained age 21 as of the beginning of The Plan year. Adult children (at least 18 years of age but no older than 20 years of age) who are applying as the sole Subscriber under this Evidence of Coverage must apply for their own individual health care plan and must sign or authorize the applications(s).

SECTION 3 – WHAT IS COVERED

Some services outlined in the section below may require pre-approval in order for the service to be covered. Refer to the prior authorization list posted at [www.FirstCare.com] [and the myFirstCare Self Service secure Member web portal] to determine if a specific service requires pre-approval.

This section describes:

- The health care services covered under Your Plan; and
- Restrictions and limitations related to a specific type of health care service. Your Copayment (if any) can be found in the Schedule of Copayments.

OUTPATIENT SERVICES

Please refer to the Schedule of Copayments for Copayment amounts and any benefit limitations that may apply for certain services.

The outpatient services covered by Your Plan are:

1. Physician Office Visits

We cover visits to the Physician's office for diagnosis or treatment of an illness or injury including routine medical supplies.

The office visit Copayment applies when You have patient contact with the Physician, physician assistant, nurse, nurse midwife, or nurse practitioner.

2. Services At Home

We cover services provided to You in Your home, including home births, but only if You are unable to leave your home for medical reasons; and the services could not be performed by someone who is not a Physician or if FirstCare deems the home setting to be the most cost-effective and clinically appropriate delivery setting.

3. Laboratory Services

We cover laboratory services from a participating laboratory provider when the PCP, a Participating Provider, or other authorized Non-Participating Provider prescribes them.

4. Radiology Services

We cover x-rays and other radiology services, including therapeutic radiology, needed for diagnosis and/or treatment.

5. Surgical Procedures In Your Physician's Office

We cover surgical procedures performed in Your Physician's office.

If the surgical procedure involves general anesthesia or is performed in a participating surgical Facility, it must meet the requirements for outpatient surgery (including Copayment). Please see *Outpatient Surgery* in this section.

6. *Materials Provided In Your Physician's Office*

We cover materials and supplies that are generally available in the Physician's office. Such covered materials or supplies include but are not limited to those necessary for:

- General medical supplies (e.g. gauze, bandages, etc.)
- Dressings, casts, and splints.

Note: Some items may be subject to a prior authorization requirement. Refer to Section 6, *Utilization Review Program, Pre-Authorization Requirements.*

7. *Medical Injectable Drugs, Defined Hybrid Injectables, Radiation Therapy, Transplant Anti-rejection Therapy, Home Infusion Medications (excluding "self-injectable" drugs), Chemotherapy and Defined Associated Agents*

We cover medical injectable drugs, defined Hybrid Injectable, radiation therapy, specified transplant anti-rejection therapy, home infusion medications (excluding "self-injectable" drugs), specified Cancer Chemotherapy and defined associated agents and prescribed orally administered anticancer medications. Refer to the Schedule of Copayments for details.

Injectable Medications recognized by the Federal Drug Agency (FDA) as appropriate for self-administration (referred to as "self-injectable" drugs), regardless of the enrollee's ability to self-administer, are covered when they are on the FirstCare Formulary. Please see Section 3, *What is Covered, Prescription Drug Services* for details.

Note: Some items may be subject to a prior authorization requirement. Refer to Section 6, *Utilization Review Program, Pre-Authorization Requirements.*

8. *Pre-Natal and Post-Natal Obstetrical Care*

We cover services for pre-natal and post-natal office visits. We also cover amniocentesis and chorionic villus sampling when medically indicated.

9. *Rehabilitation Services*

We cover outpatient rehabilitation including chiropractic care, physical, occupational and speech services that meet these conditions:

- Your PCP or in plan specialist, orders such rehabilitation or therapy services; and
- The services can be expected to meet or exceed the treatment goals established for You by Your Physician; and
- The services are given by a doctor, a licensed therapist, or chiropractor; and
- You are progressing toward the treatment goals in response to participating in the therapy.

For a Member with a physical disability, treatment goals may include maintenance of functioning or prevention of or slowing of other deterioration.

10. *Habilitation Services*

We cover outpatient habilitation including chiropractic care, physical, occupational and speech therapy services that meet these conditions:

- Your PCP or participating specialist, orders such rehabilitation or therapy services; and
- The services can be expected to meet or exceed the treatment goals established for You by Your Physician; and
- The services are given by a doctor of osteopathy, a licensed therapist or chiropractor; and
- You are progressing toward the treatment goals in response to participating in the therapy.

For a Member with a physical disability, treatment goals may include maintenance of functioning or prevention of or slowing of other deterioration.

11. Therapies for Children with Developmental Delays

Covered Services include treatment for "Developmental Delays", which means a significant variation in normal development as measured by appropriate diagnostic instruments and procedures in one or more of the following areas:

- Cognitive;
- Physical;
- Communication;
- Social or Emotional; or
- Adaptive.

Treatment includes the necessary rehabilitative and habilitative therapies in accordance with an "Individualized Family Service Plan", which is the initial and ongoing treatment plan developed and issued by the Interagency Council on Early Childhood Intervention under Chapter 73 of the Human Resources Code for a Dependent child with Developmental Delays, including:

- Occupational therapy evaluations and services;
- Physical therapy evaluations and services;
- Speech therapy evaluations and services; and
- Dietary or nutritional evaluations.

You must submit an Individualized Family Service Plan to FirstCare before You receive any services, and again if the Individualized Family Service Plan is changed. After a child is three (3) years of age and services under the Individualized Family Service Plan are completed, the standard contractual provisions in this Evidence of Coverage and any benefit exclusions or limitations will apply.

12. Acquired Brain Injury

We provide coverage for certain benefits related to Acquired Brain Injury. Coverage includes the following services:

- Cognitive Rehabilitation Therapy;
- Cognitive Communication Therapy;
- Neurocognitive Therapy and Rehabilitation;
- Neurobehavioral, Neurophysiological, Neuropsychological, and Psychophysiological Testing and Treatment;
- Neurofeedback Therapy;
- Remediation required for and related to treatment of an Acquired Brain Injury
- Post-Acute Transition Services;
- Post-Acute-Care Treatment Services; or

- Community Reintegration Services, including outpatient day treatment services, or other post-acute care treatment services necessary as a result of and related to an Acquired Brain Injury.

Coverage is also provided for reasonable expenses related to periodic re-evaluation of the care of an enrollee who:

- Has incurred an Acquired Brain Injury;
- Has been unresponsive to treatment; and
- Becomes responsive to treatment at a later date.

A determination of whether expenses are reasonable may include consideration of:

- Cost;
- Time that has expired since the previous evaluation;
- Differences in the expertise of the provider performing the evaluation;
- Changes in technology; and
- Advances in medicine.

As required by the Texas Insurance Code Chapter 1352, We will not refuse required covered services for and related to treatment of an Acquired Brain Injury solely because they are provided by an assisted living Facility.

13. Outpatient Surgery

We cover outpatient surgery performed in an outpatient surgery Facility and same-day surgery performed in a Hospital, including invasive diagnostic procedures such as endoscopic examinations, if Your PCP or Participating Provider specialist orders or arranges the surgery.

14. Pain Management Services

We cover pain management treatment and related services. All covered services must meet these conditions:

- Your PCP or participating plan specialist orders such pain management services;
- Services can be expected to meet or exceed treatment goals established for You by Your Physician;
- Services are scientifically proven and evidence-based to improve Your medical condition.

Note: Some items may be subject to a prior authorization requirement. Refer to Section 6, *Utilization Review Program, Pre-Authorization Requirements.*

15. Allergy Testing and Injections

We cover allergy testing performed to evaluate and determine the cause of allergy. We also cover appropriate allergy treatments including injections and serum.

Note: Some items may be subject to a prior authorization requirement. Refer to Section 6, *Utilization Review Program, Pre-Authorization Requirements.*

16. Anti-Smoking Programs

We cover anti-smoking programs including but not limited to, tobacco abuse and smoking cessation programs.

17. Short-Term Mental Health Services

Short-term outpatient evaluation and treatment for mental illnesses and disorders are covered when all of these conditions are met:

- The mental illness or disorder being treated is listed in the current edition of the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), at the time services are provided;
- The initial evaluation, diagnosis, medical management and ongoing medication management of attention deficit disorder (ADD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) are also covered. Visits for medication management are not included in the maximum allowed visits.

Benefits for mental health conditions are covered under the same terms and conditions applicable to the plan's medical and surgical benefits and coverage..

Treatment for certain mental illnesses is not covered. Refer to Section 5*, What is Not Covered.*

18. Serious Mental Illness Services

Treatment of serious mental illness is covered if the mental illness or disorder being treated is one of the following psychiatric illnesses as defined by the most current DSM:

- Schizophrenia;
- Paranoid and other psychotic disorders;
- Bipolar disorders (hypomanic, manic, depressive, and mixed);
- Major depressive disorders (single episode or recurrent);
- Schizoaffective disorders (bipolar or depressive);
- Obsessive-compulsive disorders; and
- Depression in childhood and adolescence.

Coverage is provided for serious mental illness, including group and individual outpatient treatment.

19. Autism Spectrum Disorder

We provide the following Autism coverage:

a. For screening a child for Autism Spectrum Disorder at the ages of 18 and 24 months.
b. For the treatment of Autism Spectrum Disorder as provided to a Member who is diagnosed with Autism Spectrum Disorder from the date of diagnosis.
c. All generally recognized services prescribed in relation to Autism Spectrum Disorder by the Member's Primary Care Physician in the treatment plan recommended by that Physician. An individual providing treatment prescribed must be;
    1. A health care practitioner:
        - Who is licensed, certified, or registered by an appropriate agency of this state;
        - Whose professional credential is recognized and accepted by an appropriate agency of the United States; or
        - Who is certified as a provider under the TRICARE military health system; or

2. An individual acting under the supervision of a health care practitioner

Generally recognized services may include services such as:

- Evaluation and assessment services;
- Applied behavior analysis;
- Behavior training and behavior management;
- Speech therapy;
- Occupational therapy;
- Physical therapy; or
- Medications or nutritional supplements used to address symptoms of Autism Spectrum Disorder.

20. Chemical Dependency Treatment

Outpatient treatment for chemical dependency (abuse of, psychological or physical dependence on, or addiction to alcohol or a controlled substance) and detoxification are covered. Coverage is provided on the same terms and conditions as medical and surgical benefits for any other physical illness.

PREVENTIVE HEALTH CARE SERVICES

Please refer to the Schedule of Copayments for Copayment amounts and any benefit limitations that may apply for certain services.

The preventive health care services covered by Your Plan are:

1. Routine Physical Examinations

We cover routine examinations by Your PCP for Plan Members. Your PCP decides how often and extensive these examinations should be, based on national and regional medical standards of care.

2. Well-Baby And Well-Child Care

We cover well-baby and well-child preventive care by Your PCP for Plan Members. Your PCP decides how frequent and extensive this care should be, based on national and regional medical standards of care.

3. Routine Immunizations

We cover routine adult and children immunizations recommended by the American Academy of Pediatrics and U.S. Public Health Service for people in the United States, including immunizations for travel outside the United States. However, We do not cover immunizations for employment, school sports or extracurricular activities, or recreation activities. We cover routine immunizations for children and adolescents as recommended or approved by the Food and Drug Administration (FDA) and the Advisory Committee on Immunization Practices of the Center for Disease Control (CDC).

4. Well-Woman Examinations

For women who are Plan Members, We cover one annual well-woman gynecological examination for the early detection of ovarian cancer and cervical cancer. You may choose to have Your PCP or Your designated obstetrician/gynecologist perform the well-woman examination.

The examination includes a CA 125 blood test, and a conventional Pap smear screening or a screening using liquid-based cytology methods, as approved by the United States Food and Drug Administration, alone or in combination with a test approved by the United States Food and Drug Administration for

the detection of the human papillomavirus. A screening test required under this section must be performed in accordance with the guidelines adopted by the American College of Obstetricians and Gynecologists or another similar national organization of medical professionals recognized by the State of Texas.

5. Screening Mammogram

Diagnostic and screening mammograms are provided by all forms of Low Dose Mammography, including Digital Mammography and Breast Tomosynthesis, to detect breast cancer. Annual screening mammograms are provided for women 35 years of age or older. Mammograms may be obtained by referral from Your PCP or Plan obstetrician/gynecologist or other Specialist, whether or not a well-woman examination is performed at the same time.

6. Bone Mass Measurement

We cover bone mass measurement services for the detection of low bone mass and to determine the risk of osteoporosis and fractures associated with osteoporosis.

7. Examination for Detection of Prostate Cancer

We cover an annual prostate examination to detect prostate cancer, including a physical examination and a prostate-specific antigen (PSA) test.

8. Screening for Detection of Colorectal Cancer

We cover screening examinations and procedures for Plan Members at a normal risk for developing colon cancer. These examinations include fecal occult blood testing, fecal immunochemistry testing, stool DNA testing, a flexible sigmoidoscopy, or a colonoscopy.

9. Cardiovascular Disease Testing

We cover one noninvasive screening test for men older than 45 years of age and younger than 76 years of age and for women older than 55 years of age and younger than 76 years of age who are insured under this Plan, have diabetes or have a risk of developing coronary heart disease, based on a score derived using the Framingham Heart Study coronary prediction algorithm or the American Heart Association and the American College of Cardiology Pooled Cohort Equations CV Risk Calculator, that is intermediate or higher. We cover one of the following noninvasive screening tests for atherosclerosis and abnormal artery structure and function every five years. These tests include computed tomography (CT) scanning measuring coronary artery calcification or an ultrasonography measuring carotid intima-media thickness and plaque.

10. Routine Sight, Speech and, Hearing Screening

We cover routine screenings of vision, speech, and hearing for Dependent Members through age 19. We also cover one hearing screening every Plan Year for all Members. A screening test for hearing loss is covered for a newborn child through the date the child is 30 days old. We also cover the necessary diagnostic follow-up care related to the screening test through the date the child is 24 months old.

11. Pediatric Vision Care Services

We cover the following pediatric vision services for Dependent Members through the age of 18:

- One routine eye exam per Plan Year
- One set of frames from the T-2 Collection series per Plan Year

- One set of Standard, Single, Bi focal and Trifocal or Lenticular lenses per plan year. (Lenses include fashion and gradient tinting ultraviolet protective coating, oversized and glass grey #3 prescription, polycarbonate prescription lenses with scratch resistance coating and low vision items)
- Contact lenses covered once per plan year, in lieu of the Collection series eyeglasses.
- Contact lenses for Keratoconus, Pathological Myopia, Aphakia, Anisometropia, Aniseikonia, Aniridia, Corneal Disorders, Post-traumatic Disorders and Irregular Astigmatism.

Services must be provided by a licensed ophthalmologist or optometrist operating within the scope of his or her license, or a dispensing optician.

How the Vision Benefits Work

You may visit any Participating Provider and receive benefits for a vision examination and covered Vision Materials. For the most current list of Participating Providers visit Our website https://firstcare.vitalschoice.com. You may visit www.FirstCare.com or the myFirstCare Self Service secure Member web portal.

You may receive Your eye examination and eyeglasses on different dates or through different Participating Provider locations. However, compete eyeglasses must be obtained at one time, from one Participating Provider.

Fees charged for services other than a covered vision examination or covered vision materials, and amounts in excess of those payable under this Pediatric Vision benefit, must be paid in full by You to the Provider. This pediatric vision benefit may not be combined with any discount, promotional offering, or other group benefit plans. Allowances are on-time use benefits; no remaining balances are carried over to be used later.

12. All Other Preventive Services

We cover the following services that are required by Section 2713 of the Patient Protection & Affordable Care Act (PPACA):

- Evidence−based items or services that have in effect a rating of “A” or “B” in the current recommendations of the United States Preventive Services Task Force (“USPSTF”);
- Immunizations recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention (“CDC”);
- Evidenced−informed preventive care and screenings provided in Health Resources and Services Administration (“HRSA”) guidelines for infants, children, adolescents and women; and
- Current recommendations of the United States Preventive Services Task Force (“USPSTF”) regarding breast cancer screening, Mammography, and prevention.

The preventive care services described above may change as USPSTF, CDC and HRSA guidelines are modified. For more information, please visit www.FirstCare.com and the myFirstCare Self Service secure Member web portal.
Examples of covered services included are routine annual physicals, immunizations, well−child care, cancer screening mammograms, bone density testing, screening for prostate cancer and colorectal cancer, smoking cessation counseling services and healthy diet counseling and obesity screening and counseling.

Examples of covered immunizations included are Diphtheria, Haemophilus influenzae type b, Hepatitis B, Measles, Mumps, Pertussis, Polio, Rubella, Tetanus, Varicella, Rotavirus and any other immunization that is required by law for a child, adolescent, or adult.

FAMILY PLANNING SERVICES

Please refer to the Schedule of Copayments for Copayment amounts and any benefit limitations that may apply for certain services.

1. Family Planning

We cover these family planning services when Your PCP or Your designated obstetrician/gynecologist provides them:

- Physical examinations, related laboratory tests, and medical supervision; and
- Information and counseling on contraception.

Coverage is provided for the following contraceptive materials and services:

- Insertion or removal of an intrauterine device (IUD);
- Fitting of a diaphragm contraceptive;
- Insertion or removal of a birth control device implanted under the skin (such as Norplant); and
- Vasectomies and tubal ligations.
- Depo-Provera™ Injections

Coverage for all other prescription contraceptives, including but not limited to oral medications, and patches are described in Section 3, *What is Covered, Prescription Drug Services*.

2. Infertility Services

We will cover only diagnostic testing to determine the cause of infertility. Refer also to Section 5, *What is Not Covered.*

INPATIENT SERVICES

Please refer to the Schedule of Copayments for Copayment amounts and any benefit limitations that may apply for certain services.

To be covered, all admissions must be to a participating Hospital, Skilled Nursing Facility, or other inpatient Facility. The only exceptions to this requirement are admissions covered under Section 4*, Emergency and Out-of-Area Urgent Care Services,* or pre-approved non-participating facilities when the services, equipment, or supply is determined to be Medically Necessary**.** If We determine that Medically Necessary services cannot be performed at one of Our participating inpatient facilities, We will approve admission to non-participating facilities.

1. Obstetrical Services

We will approve inpatient admissions for obstetrical services in accordance with the standards described below.

We cover inpatient care following childbirth for You and Your newborn child for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery, and 96 hours following an uncomplicated delivery by cesarean section. If additional time is required, it must be pre-approved by Us.

Note: *If your Newborn requires confinement in Neonatal Intensive Care Unit (NICU), then any applicable Deductible/Copayment will be applied separately to Your newborn, for any covered charges associated with that confinement. This is in addition to any applicable Mother Deductible / Copayment.*

In the event that You or Your newborn is discharged from inpatient care before the expiration of the minimum hours of coverage described above, We will cover post-delivery care. Post-delivery care may take place at Your provider's office or in Your home. Post-delivery care services include maternal and neonatal physical assessments (physical evaluations for both You and Your newborn); parent education, assistance and training in breast-feeding and bottle-feeding; and the performance of any appropriate clinical tests. A Physician, registered nurse, or other licensed health care professional may provide the services. This visit is in addition to Your coverage for outpatient post-natal obstetrical care. See *Pre-Natal and Post-Natal Obstetrical Care* in this section. The plan provides coverage for the administration of a newborn screening test, including the cost of the test kit.

2. Mastectomy or Related Procedures

We will approve inpatient admissions for mastectomy or related procedures in accordance with the standards described below.

We cover inpatient care following a mastectomy or related procedures for the treatment of breast cancer for a minimum of 48 hours following a mastectomy and 24 hours following a lymph node dissection, unless You and Your attending Physician determine that a shorter period of inpatient care is appropriate.

We cover all stages of reconstruction of the breast to mastectomy, including surgical reconstruction to restore or achieve breast symmetry or balance of a breast on which mastectomy surgery has not been performed and prostheses and treatment of physical complications, including lymphedemas, at all stages of mastectomy.

See also Section 5, *What is Not Covered.*

3. Room, Meals, and General Nursing Care

Hospital room and board, including regular daily medical services and supplies, will be payable as shown in the Schedule of Copayments. Charges made by a Hospital having only single or private rooms will be considered at the least expensive rate for a single or private room.

We cover special diets during inpatient care, if they are prescribed by a Physician. We cover private duty nursing. Your Physician must recommend it.

4. Medical, Surgical and Obstetrical Services

We cover these medical, surgical, and obstetrical services:

- Physician services;
- Operating room and related facilities;
- Anesthesia and oxygen services;
- Intensive care and other special care units and services;
- Radiology, laboratory, and other diagnostic tests;
- Prescription medications and biologicals for use while You are an inpatient;
- Radiation and inhalation therapies; and
- Whole blood, blood derivatives, or blood components and their administration.

5. Observation Unit Admission

We cover stays in the observation unit of a Hospital, or admissions to another approved Facility if the admission for observation is ordered by Your PCP or participating specialist.

6. Rehabilitation Services

We cover inpatient rehabilitation including chiropractic care, physical, occupational and speech therapy services, including cardiac rehabilitation services that meet all of these conditions:

- Your PCP or participating specialist orders such rehabilitation or therapy services;
- The services can be expected to meet or exceed the treatment goals established for You by Your Physician.

For a Member with a physical disability, treatment goals include maintenance of functioning or prevention of or slowing of further deterioration.

7. Habilitation Services

We cover inpatient habilitation including chiropractic care, physical, occupational and speech therapy services that meet all of these conditions:

- Your PCP or participating specialist orders such rehabilitation or therapy services;
- The services can be expected to meet or exceed the treatment goals established for You by Your Physician.

For a Member with a physical disability, treatment goals include maintenance of functioning or prevention of or slowing of further deterioration.

8. Skilled Nursing Facility

We cover inpatient care in a Skilled Nursing Facility if it meets all of these conditions:

- Services are delivered under the supervision of a Physician and are delivered by and require the judgment of a qualified and appropriately licensed provider, such as a registered or licensed vocational nurse, physical therapist, occupational therapist, respiratory therapist, or speech-language pathologist.
- Services are reasonable to treat a specific health condition, Illness, or Injury.
- Services are expected to result in a significant and measurable improvement in Your medical condition or functional capabilities.
- The skilled services needed cannot be provided in a less-intense setting, such as through intermittent home health skilled nursing visits and custodial support.
- Services are supported by evidence-based medical guidelines or literature as being specific, effective and reasonable treatment for your diagnosis and physical condition.

Please refer to Section 5, *What is Not Covered* for exclusions.

9. Short-Term Mental Health Services

Short-term evaluation and Crisis Intervention is covered for Members who are demonstrating an acute psychiatric crisis of severe proportions, which substantially impairs thoughts, perception of reality, judgment or grossly impairs behavior.

Benefits for mental health conditions are covered under the same terms and conditions applicable to the plan's medical and surgical benefits and coverage.

10. Serious Mental Illness Services

Treatment for serious mental illness is covered if the mental illness or disorder being treated is one of the following psychiatric illnesses as defined by the most current DSM:

- Schizophrenia;
- Paranoid and other psychotic disorders;
- Bipolar disorders (hypomanic, manic, depressive, and mixed);
- Major depressive disorders (single episode or recurrent);
- Schizoaffective disorders (bipolar or depressive);
- Obsessive-compulsive disorders; and
- Depression in childhood and adolescence.

11. Chemical Dependency Treatment

Inpatient treatment for chemical dependency (abuse of, psychological or physical dependence on, or addiction to alcohol or a controlled substance) and detoxification are covered. Coverage is provided on the same terms and conditions as medical and surgical benefits for any other physical illness.

12. Blood and Blood Products

We provide coverage for:

- Whole blood including cost of blood, blood plasma, and blood plasma expanders that are not replaced by or You.
- Administration of whole blood and blood plasma.

TELEMEDICINE AND TELEHEALTH SERVICES

Your Plan includes coverage for Telemedicine and Telehealth services. Services may be rendered by a Participating Provider. The amount of the Deductible or Copayment may not exceed the amount of the Deductible or Copayment required for a comparable medical service provided through a face-to-face consultation.

OTHER HEALTH CARE SERVICES

Please refer to the Schedule of Copayments for Copayment amounts and any benefit limitations that may apply for certain services.

1. Home Health Care

Health Services include:

- Skilled nursing by a registered nurse or licensed vocational nurse under the supervision of at least one registered nurse and at least one Physician;
- Physical, occupational, speech and respiratory therapy;
- The services of a home health aide under the supervision of a registered nurse; and
- The furnishing of medical equipment and supplies other than drugs and medicines.

Home Health Agency means a business that:

- Provides home health services; and
- Is licensed by the Texas Department of Human Services under Chapter 142, Health and Safety Code.

Home health services means the provision of health services for payment or other consideration in a patient's residence under a plan of care that is:

- Established, approved in writing, and reviewed at least every two months by the attending Physician; and
- Certified by the attending Physician as necessary for medical purposes.

Home health services are provided unless the attending Physician certifies that hospitalization or confinement in a skilled Facility would be required if a treatment plan for home health care were not provided.

We cover skilled care services within the home care benefit from:

1. A licensed home health agency; or
2. Private duty nursing, when pre-approved in the following limited set of circumstances:
    - Skilled care that exceeds the capacity of periodic home care from a licensed home health agency AND
    - Your care can be safely managed in the home setting AND
    - Your PCP is willing and able to follow You during private duty nursing service AND
    - The care is not being used for the purpose of providing Custodial Care or for the reason of Member/family convenience.

2. Home Infusion Therapy

We cover the administration of medication (including chemotherapy), fluids or nutrition by intravenous infusion in Your home. Home infusion therapy medications are covered under “Medical Injectable Drugs”. These benefits include Home Infusion Therapy:

- Equipment and supplies needed to administer the therapy;
- Delivery services;
- Related nursing services; and
- Patient and Family education.

Injectable Medications recognized by the FDA as appropriate for self-administration (referred to as “self-injectable” drugs), regardless of the enrollee’s ability to self-administer, are covered when on the FirstCare Formulary. Please see Section 3*, What is Covered, Prescription Drug Services*, of this Evidence of Coverage for details.

3. Non-Emergency Ambulance Transport Service

We cover non-emergency ambulance transport (for example, You are discharged from an inpatient Facility and need to be moved to a Skilled Nursing Facility).

For emergency ambulance services, see Section 4*, Emergency and Out-of-Area Urgent Care.*

4. Reconstructive Surgery Services

Covered Health Services provided by or under the direction of a Physician in a Physician's office, Hospital, or other Health Care Facility or program and are necessary to:

- Correct a defect resulting from an anomaly that was present at birth;
- Restore normal physiological functioning following an accident, injury or disease;
- Perform breast reconstruction necessitated by a partial or complete removal of breast for cancer. Reconstruction of the unaffected breast will be covered when necessary to achieve symmetry and prostheses and treatment of physical complications, including lymphedemas, at all stages of mastectomy. Initial breast reconstruction resulting from a mastectomy that occurred prior to the Effective Date of coverage is a covered benefit.
- Conduct Surgery for craniofacial abnormalities to improve the function of, or to attempt to create a normal appearance of an abnormal structure caused by congenital defects, developmental deformities, trauma, tumors, infection or disease.

5. Prosthetics and Orthotics

We cover standard external, non-cosmetic Prosthetic or Orthotic devices. Examples of covered devices include artificial arms, legs, hands, feet, eyes, breast prostheses, and surgical brassieres after mastectomy for breast cancer. See Section 11*, Definitions* for more information.

We cover repair or replacement of any external Prosthetic or Orthotic device, unless the repair is needed due to misuse of the device(s) or the replacement is due to loss by the Member. We also cover professional services related to the fitting and use of those devices that equal coverage provided under federal law.

Orthopedic/corrective shoes, shoe inserts, arch supports, Orthotic inserts and other supportive devices for the feet are covered, when pre-approved and Medically Necessary. We cover ankle braces required for recovery after surgery.

6. Internal Implantable Devices

We cover internal, non-cosmetic Prosthetic and Orthotic devices, including permanent aids and supports for defective parts of the body, except for those described in Section 5*, What is Not Covered*.

Examples of covered devices include: cochlear implants, joint replacements, cardiac valves, internal cardiac pacemakers, spinal cord stimulators and intra-ocular implantable lenses following cataract surgery or to replace an organic lens missing because of congenital absence. Benefits are provided for standard implantable lenses in connection with surgery for cataracts or other diseases of the eye or to replace an organic lens missing because of congenital absence. Contact lenses are covered for the treatment of Keratoconus only.

Note: Only certain brands/types of internal implantable devices are covered and some implantable devices require pre-approval from FirstCare.

7. Durable Medical Equipment

The following durable medical equipment is covered as a basic Plan benefit:

Durable Medical Equipment (DME) is medical equipment that in the absence of illness or injury is of no medical or other value to You, which is able to withstand repeated use by more than one person and is not disposable. Examples of such equipment include but are not limited to: crutches, Hospital

beds, and wheelchairs, walkers, lymphedema pumps, traction devices, canes, Continuous Passive Motion (CPM) devices, infusion pumps, insulin pumps, phototherapy light, alternating pressure pads and pumps.

Coverage is provided for the DME meeting the following conditions:

- DME must be ordered or prescribed by a health care provider and provided by a contracted supplier;
- DME may be purchased or rented, whichever is most cost effective, as determined by The Plan Medical Director;
- Coverage is provided for the initial equipment only; and
- Only the standard equipment is covered. Special features that are not part of the basic equipment are not covered, such as electric beds and motorized or customized wheelchairs.

In the event it is determined to be more cost effective to purchase or when the rental payments equal the purchase price of any DME, then that DME becomes the property of the company. You are responsible for any replacement, repair, adjustment or routine maintenance of Your equipment.

8. Medical Supplies

The following medical supplies are covered.

- Standard ostomy supplies, sterile dressing kits, such as tracheostomy and central line dressing kits, as well as those medical supplies requiring a Physician's order to purchase, when purchased through a Participating Provider. Supplies that can be purchased over-the-counter without a Physician order are not covered. See Section 5*, What is Not Covered*.
- Disposable Home Infusion Therapy supplies
- Allergy syringes.

9. Diabetes Services

For those Members diagnosed with diabetes, elevated blood glucose levels induced by pregnancy or other medical conditions associated with elevated blood glucose levels, diabetes supplies, equipment, medications, and self-management education for the treatment of diabetes are covered. Eye examinations are also covered for Members with diabetes.

Diabetes Equipment and Supplies

See Durable Medical Equipment and Supplies in this section. Insulin Pump Supplies can be obtained in 30-day amounts through this Durable Medical Supply benefit or in a 90-day amount through a Participating Mail Service Pharmacy. Please visit www.FirstCare.com and the myFirstCare Self Service secure Member web portal for more information.

Diabetes Medications

The following medications for the treatment of diabetes are covered:

- Insulin;
- Insulin analog preparations;
- Prescriptive and non-prescriptive medications for controlling blood sugar levels; and
- Glucagon emergency kits.

Medications are limited to a 30-day supply when purchased through a retail Plan pharmacy or a 90-day supply when purchased through a Participating Mail Service Pharmacy. For information on participating pharmacies, please visit www.FirstCare.com and the myFirstCare Self Service secure Member web portal.

You pay a Copayment for each medication. For a detailed list of Copayments please refer to the Schedule of Copayments.

Diabetes Self-Management Education

Diabetes self-management individual and group training programs are covered when ordered by Your Physician and provided by a licensed Participating Provider or a certified diabetes educator or dietician under the following circumstances:

- After the initial diagnosis, including nutritional counseling and proper use of Diabetes Equipment and Supplies;
- When the provider diagnoses a significant change in the condition which requires a change in Your self-management regimen; or
- When the provider prescribes, orders, or recommends such additional training in order to teach the Member about new techniques and treatments for diabetes.

10. Hearing Aids and Cochlear Implants

We provide coverage for a hearing aid or cochlear implant and related services and supplies for a covered individual. Refer to the Schedule of Copayments for details.

Coverage includes:

- fitting and dispensing services and the provision of ear molds as necessary to maintain optimal fit of hearing aids;
- any treatment related to hearing aids and cochlear implants, including coverage for habilitation and rehabilitation as necessary for educational gain; and
- for a cochlear implant, an external speech processor and controller with necessary components replacement every three years; and

Limitations:

- one hearing aid in each ear every three years; and
- hearing aid prescription must be written by:
  - a Physician certified as an otolaryngologist or otologist; or
  - an audiologist who (1) is legally qualified in audiology; or (2) holds a certificate of Clinical Competence in Audiology from the American Speech and Hearing Association in the absence of any licensing requirements; and who performs the exam at the written direction of a legally qualified otolaryngologist or otologist.
- when alternate hearing aids can be used, The Plan's coverage may be limited to the cost of the least expensive device that is:
  - Customarily used nationwide for treatment, and
  - Deemed by the medical profession to be appropriate for treatment of the condition in question. The device must meet broadly accepted standards of medical practice, taking into account your physical condition. You should review the differences in the cost of alternate treatment with your Physician. You and Your Physician may still choose the more costly treatment method however You are responsible for any charges in excess of what The Plan will cover.

- one cochlear implant in each ear with internal replacement as medically or audiologically necessary.

Coverage required under this section is subject to any provision that applies generally to coverage provided for durable medical equipment benefits under The Plan, including a provision relating to Deductibles, Copayments, or prior authorization.

11. Limited Accidental Dental-Related Services

We provide limited coverage for dental services that would be excluded from coverage but are determined by the Medical Director to be Medically Necessary and incident to and an integral part of a covered medical procedure. Examples could include the following:

- Treatment of, including removal of broken teeth as necessary to reduce a fractured jaw.
- Reconstruction of a dental ridge resulting from removal of a malignant tumor.
- Extraction of teeth prior to radiation therapy of the head and neck.
- Dentures as a result of radiation therapy of the head and neck or replacement dentures due to changes in the mouth as a result of radiation therapy of the head and neck.

We provide limited coverage for initial restoration and correction of damage caused by external violent accidental injury to natural teeth and/or jaw if:

- The fracture, dislocation or damage results from an accidental injury;
- You seek treatment within 48 hours of the time of the accident or upon the effective date of coverage, whichever comes later;
- Restoration or replacement is completed within 6 months of the date of the injury or upon the effective date of coverage, whichever comes later.

Removal of cysts of the mouth (except for cysts directly related to the teeth and their supporting structures)

Certain Oral surgeries including maxillofacial surgical procedures that are limited to:

- Excision of neoplasm, including benign, malignant and pre-malignant lesions, tumors and non-odontogenic cysts;
- Incision and drainage of cellulitis and abscesses; and
- Surgical procedures involving accessory sinuses, salivary glands, and ducts.

Medically Necessary services performed in a participating outpatient Facility and are required for the delivery of necessary and appropriate dental services when the dental services cannot be safely provided in a dentist's office due to the Member's physical, mental, or medical condition.

The services described above are the only dental-related services covered under Your Plan. See Section 5*, What is Not Covered* for more details.

12. Temporomandibular Joint Syndrome (TMJ) Services

We provide coverage for the diagnosis and surgical treatment of disorders of, and conditions affecting the temporomandibular joint, which includes the jaw and the cranio-mandibular joint resulting from an accident, trauma, congenital defect, developmental defect, or a pathology.

We do not cover oral appliances and devices used to treat temporomandibular pain disorders and dysfunction of the joint and related structures, such as the jaw, jaw muscles, and nerves. See Section 5*, What is Not Covered*.

13. Dialysis Services

Dialysis Services are covered. Pre-approval is not required if the services are received by a contracted Participating Provider. Pre-approval is required for these services if they are received by a Non-Participating Provider and is granted only when Medically Necessary to see a Non-Participating Provider.

14. Organ and Stem Cell Transplants

Preauthorization is required for any organ, tissue, or United States Food and Drug Administration (FDA) approved artificial device transplant, even if the Member is already in a treatment Facility under another preauthorization.
The covered transplants or device must meet all of the following conditions or they will not be covered:

- The recipient is a Member.
- The Member meets all of the criteria used by FirstCare to determine Medical Necessity for the transplant.
- The Member meets all of the protocols established by the Facility in which the transplant is performed.
- A contracted medical Facility designated and approved by FirstCare as being in Our transplant network is authorized to evaluate the Member's case, has determined that the proposed transplant is appropriate for treatment of the Member's condition and has agreed to perform the transplant;
- The proposed transplant is not Experimental or Investigational for treatment of the Member's condition, and is not to be performed in connection with a drug, device, or medical treatment or procedure that is Experimental or Investigational.
- Donated human organs or tissues or an FDA approved artificial device are used.

Covered services and supplies related to an organ or tissue transplant or FDA approved artificial device include, but are not limited to, imaging studies (e.g. x-rays, CT scan, MRI, scan), laboratory testing, chemotherapy, radiation therapy, Prescription Drugs, procurement of organs or tissues from a living or deceased donor, and complications arising from such transplant.

Note: *Denials for Medically Necessary or Experimental/Investigational treatments or procedures are eligible for review by an Independent Review Organization (IRO). See Section 9 for information on Member Complaint and Appeal Procedures.*

Limitations & Non-covered Services

Coverage of each type of solid Organ Transplant listed above is limited to one (1) initial transplant and one (1) subsequent re-transplant due to rejection.

For a covered transplant to a Plan Member, medical costs for the removal of organs, tissues, or bone marrow from a live donor will be covered, but only to the extent that such costs are not covered by the donor's group or individual health plan, benefit contract, prepayment plan, or other arrangement for coverage of medical costs, whether on an insured or uninsured basis. If the donor is also a Member of FirstCare, coverage is subject to all procedures, limitations, exclusions, Copayments, and Deductibles that apply under the donor-Member's plan only if all the above conditions are met. We do not cover any other donor expenses, including any transportation costs.

15. Chemotherapy

We cover chemotherapy services.

16. Radiation Therapy

We cover radiation therapy services.

17. Amino Acid-Based Elemental Formulas

We provide coverage for amino acid-based elemental formulas, regardless of the formula delivery method, that are used for the diagnosis/treatment of the following:

- Immunoglobulin E and non-immunoglobulin E mediated allergies to multiple food proteins;
- Severe food protein-induced enterocolitis syndrome;
- Eosinophilic disorders, as evidenced by the results of a biopsy; and
- Impaired absorption of nutrients caused by disorders affecting the absorptive surface, functional length, and motility of the gastrointestinal tract.

Coverage for these services is provided in no less of a favorable manner than the basis on which Prescription Drugs and other medications and related services are covered by this Plan.

18. Clinical Trials – Routine Patient Care

In regards to this benefit, routine patient care entails the costs of any health care service for which benefits are provided under a health benefit plan, without regard to whether You are participating in a clinical trial.

Routine patient care costs DO NOT include:

- Costs of Investigational new drugs or devices that are not approved for any indication by the United States Food and Drug Administration, including drugs or devices that are the subject of clinical trials;
- Costs of services that are not health care services, regardless of whether the service is required in connection with participation in clinical trials;
- Costs of services that are clearly inconsistent with widely accepted and established standards of care for a particular diagnosis; or
- Costs of health care services that are specifically excluded from this Plan. See Section 5*, What is Not Covered* for further details.

This benefit is provided for routine patient care for You in connection with a Phase I, II, III, or IV clinical trial if the clinical trial is conducted in relation to the prevention, detection, or treatment of cancer or other Life-Threatening disease or condition.

19. Hospice Services

We cover the care and treatment of a Member by a participating hospice if these conditions are met:

- The services are provided by a participating hospice provider licensed by the State of Texas;
- Your Physician has certified that You have a limited life expectancy of 6 months or less due to a terminal illness;

Covered services include the provision of pain relief, symptom management and supportive services to terminally ill Members and their immediate families on both an outpatient and inpatient basis.

20. Nutritional Counseling

Your Plan includes coverage for nutritional counseling services from a Participating Provider. Refer to the Schedule of Copayments for benefit details.

PRESCRIPTION DRUG SERVICES

Please refer to the Schedule of Copayments for Copayment amounts and any benefit limitations that may apply for certain services.

You and Your Covered Dependents shall be eligible to receive prescription drugs on the following basis:

Covered Drugs, Pharmaceuticals and Other Medications

The only covered drugs, pharmaceuticals or other medications (herein collectively referred to as "drug" or "drugs") covered hereunder are those which, under Federal or State law, may be dispensed only pursuant to an order from a licensed Health Professional with appropriate law enforcement agency registrations; which are prescribed by:

a. a Network Health Professional, or
b. in connection with emergency Treatment, a Health Professional in attendance on You or Your Covered Dependent at an emergency facility, or
c. by a Referral Health Professional to whom You or Your Covered Dependent has been referred by a Network Health Professional; which are used for the Treatment of an illness or injury covered under this Agreement;
d. filled through a Health Plan Network Pharmacy in accordance with this Agreement.

As medically appropriate, the Medical Director may require the substitution of any drug for another drug or form of Treatment which, based upon the recommendations of the Pharmacy and Therapeutics Committee or the Pharmacy and Therapeutics subcommittee, and the Medical Director's professional judgment provides equal or better results at a lower cost. Special dietary formulas for individuals with phenylketonuria or other heritable diseases are also covered under this prescription drug benefit. . Coverage is provided to the same extent that the plan provides coverage for drugs that are available only on the orders of a physician Heritable diseases are inherited diseases that may result in mental or physical retardation or death. Phenylketonuria is an inherited condition that may cause severe mental retardation if not treated.

Coverage for Off-Label Use of Drugs

Drugs prescribed to treat You, or Your Covered Dependent's, covered chronic, disabling or life-threatening illness are potentially coverable, under this prescription drug benefit if the drug has been approved by the Food and Drug Administration for at least one indication and is recognized for treatment of the indication for which the drug is prescribed in either a prescription drug reference compendium or substantially accepted peer reviewed medical literature. If the indication for which the drug is prescribed is not a FDA approved indication of the drug being prescribed, the health plan reserves the right to exempt the drug from coverage for that off label use within the prescription benefit plan. Coverage of the drug includes coverage of medically necessary services associated with the administration of the drug, but does not include coverage for experimental drugs not otherwise approved for any indication by the Food and Drug Administration or coverage for a drug that the Food and Drug Administration has not approved, or prescription drug reference compendia or peer reviewed medical literature has not deemed as a medically-accepted use for the proposed indication.

Evidence Based Formulary Development

Health Plan provides coverage for prescription drugs in accordance with an evidence based formulary developed by physicians and pharmacists comprising the Pharmacy and Therapeutics Committee. A formulary is a list of drugs for which Health Plan provides coverage. The Pharmacy and Therapeutics Committee meets at least quarterly to review the scientific evidence, economic data, and a wide range of other information about drugs for potential formulary placement and coverage. Based upon that review, the committee selects the drugs it believes to be the safest and most efficacious of those drugs which meet the desired goals of providing appropriate therapy at the most reasonable cost. Once such determination is made, the Health Plan may obtain or access contracts with the manufacturer of the drugs for rebates. The committee will not select a drug for the formulary until enough clinical evidence is available to allow the committee to determine the drug's comparable safety and efficacy. The committee defines this timeframe as 180 days of availability. The committee determines which drugs to add or delete, supply and dosage limitations, sequence of use, and all other aspects about the Health Plan formulary. Health plan will provide written notice of the modification to the drug formulary to the commissioner and each affected individual health benefit plan holder, not later than the 60th day before the date the modification is effective.

Request for Formulary Information

You or Your Covered Dependent may contact the Health Plan to find out if a specific drug is on the formulary. The Health Plan must respond to Your request about the drug formulary no later than the third business day after the date of the request to disclose whether a specific drug is on the formulary. However, the presence of a drug on a drug formulary does not guarantee that Your Health Professional will prescribe the drug for a particular medical condition or mental illness.

Formulary Lists

Copayments vary based upon the tier level a particular drug has been placed on by the Health Plan. Drugs on the Health Plan formulary, which are preferred generic drugs, require the lowest Copayment. Drugs on the Health Plan formulary, which are preferred name brand drugs require an increased Copayment. Drugs, which are not on the preferred generic or preferred brand tiers on the Health Plan formulary, which are alternate choice drugs or other drugs for some medical conditions not treated by drugs on the preferred tiers, may not be covered by the Health Plan or may require the largest Copayment, depending on the plan of benefits selected. If a particular drug appeared on the Health Plan formulary at the beginning of Your Plan Year, Health Plan shall make such drug available at the contracted benefit level until the end of the Plan Year, regardless of whether the prescribed drug has been removed from the Health Plan's formulary.

Prescription drugs designated on the drug formulary as Specialty Pharmacy drugs that are dispensed at a participating pharmacy and self-administered or administered in the office of a Participating Provider may be covered under this Evidence of Coverage, subject to the Specialty Pharmacy Copayments, Coinsurance, and Deductibles indicated in the Schedule of Benefits.

You or Your Covered Dependent may contact Health Plan to obtain a copy of the Specialty Pharmacy Drugs appearing on the drug formulary.

Drugs on the health plan formulary and Specialty Pharmacy Drugs may require preauthorization by a Medical Director or be subject to medical coverage requirements.

Drugs not listed on formulary may be covered if:

1. The drug is not excluded from coverage;
2. The drug is medically necessary;
3. The formulary alternatives have been tried but were insufficient to treat your condition, or there are clinically significant reasons why the formulary alternatives would not be appropriate.

The prescribing Health Professional must submit a written request for prior authorization or request for an appeal to the Health Plan for consideration of coverage. If the request is denied, You and the Health Professional may appeal the denial (see UTILIZATION REVIEW PROGRAM in this Evidence of Coverage).

Inpatient Prescription Drugs

Prescription Drugs, including Specialty Pharmacy Drugs, administered while admitted to a Participating Inpatient facility will be covered as part of Your Inpatient benefit.

Specialty Pharmacy Drugs

Certain classes of Specialty Pharmacy Drugs must be dispensed from one of the participating Specialty Pharmacy providers. Such classes of Specialty Pharmacy Drugs dispensed by a participating Specialty Pharmacy provider will be subject to the formulary Copayment for Specialty Pharmacy Drugs specified in the Schedule of Benefits. Failure to obtain these specific classes of Specialty Pharmacy Drugs from the participating Specialty Pharmacy provider may result in denial of coverage for such Specialty Pharmacy Drug. You or Your Covered Dependent may contact the Health Plan to obtain a copy of the classes of Specialty Pharmacy Drugs which must be obtained from the Participating Scott and White Specialty Pharmacy Providers.

Office or Clinic Administered Non-Specialty Pharmacy Drugs

Prescription Drugs which do not meet the definition of Specialty Pharmacy Drugs and which are dispensed and administered to You or Your Covered Dependent in the office of a Participating Provider or in another Outpatient setting, will be covered as a part of Your Medical Services benefit, and no additional Copayments are required for outpatient prescription drugs so dispensed and administered. These drugs may require preauthorization by a Medical Director in order to be covered as a part of Your Medical Services benefit.

Specialty Pharmacy Drugs will be covered pursuant to the Preferred Specialty Pharmacy Drugs benefit, regardless of whether or not the Specialty Pharmacy Drug is administered in the office of a Participating Provider or other Outpatient setting.

Authorization Requirements

For certain medications, the Health Plan limits the quantity You or Your Covered Dependent can receive over a certain period to be sure that You are taking a safe amount of a drug. Coverage of certain drugs may also require a previous failure of another medication. Other drugs may be subject to other clinical restrictions. Preauthorization for some drugs may be required.

One-time prescriptions or refillable prescriptions that exceed the authorization requirement amounts in the Schedule of Benefits will require preauthorization by the Medical Director.

If coverage for a particular drug or quantity of drug is denied, You and Your Health Professional may appeal the denial (see MEMBER COMPLAINT & APPEAL PROCEDURE of this Evidence of Coverage).

Your Provider may submit a request for an exception to step therapy protocol. If an exception request is not denied within 72 hours of the request, the request will be considered granted. If the prescribing provider feels that a denial would result in death or serious harm, the request will be considered granted if not denied within 24 hours of the request.

Step therapy protocol does not apply to drugs used to treat Stage 4 Advanced Metastatic Cancer or associate conditions.

Refill Limitations

Refill prescription will not be covered until You or Your Covered Dependent’s existing supply is less than 25% of the prescription amount.

These limitations will be calculated based upon the prescription being taken at the prescribed dosage and appropriate intervals.

Refills of prescription eye drops to treat chronic eye disease are allowed if:

- the original prescription states that additional quantities of the eye drops are needed;
- the refill does not exceed the total quantity of dosage units authorized by the prescribing provider on the original prescription, including refills; and
- the refill is dispensed on or before the last day of the prescribed dosage period; and
    - not earlier than the 21st day after the date a prescription for a 30-day supply of eye drops is dispensed;
    - not earlier than the 42nd day after the date a prescription for a 60-day supply of eye drops is dispensed;
    - not earlier than the 63rd day after the date a prescription for a 90-day supply of eye drops is dispensed

Maintenance Drugs

In order for a drug to be considered a Maintenance Drug, the drug must appear on the Health Plan's maintenance drug list.

Prescriptions to treat chronic illnesses will be considered for medical synchronization as follows:

- Meet prior authorization criteria
- Is used for treatment and management of a chronic illness
- May be prescribed with refills
- Is a formulation that can be effectively dispensed in accordance with the medication synchronization plan
- Is not a Schedule II or III controlled substance containing hydrocodone
- May qualify for synchronizing refills and pro-rated cost sharing amounts for partial supplies of certain medications.

Copayments, Deductible

You must pay the Copayment per quantity and days' supply dispensed per prescription as stated in the Schedule of Benefits. Any Deductible, and/or Copayments for prescription drugs shall be considered Out-of-Pocket Expenses for purposes of meeting Your Out-of-Pocket Maximum. The amount You pay for a prescription medication will not be more than the Copayment, as stated in the Schedule of Benefits, the allowed amount for the prescription medication, or the actual price of the medication.

Oral Anticancer Medications

Oral anticancer medications are covered under the Preferred Specialty Drug benefit, and are subject to the cost-sharing amounts applied to Specialty Drugs in the Schedule of Benefits.

Prescriptions for drugs included in the Oral Oncology Dispensing Program will be restricted to a 15-day supply for the first two months of therapy. Note that for members with a flat fee co-payment, drugs included in the Oral Oncology Dispensing Program will be subject to 50% of the applicable copayment amount as listed in the Schedule of Benefits. Following the first four fills of a drug in the Oral Oncology Dispensing Program, members continuing on therapy may fill their prescription for a maximum day supply allowed per the schedule of benefits.

The *Exception Prior Authorization Process* is Available to Members as described below:

FirstCare offers a Prescription Drug Exception Process for Members to request coverage of clinically appropriate drugs not covered on FirstCare's Formulary.

1. **Exigent Requests**

- A Member, a Member's designee, or the Member's prescribing Physician (or other prescriber) may submit a request to FirstCare for an expedited review of a non-covered drug based on exigent circumstances.
- Exigent circumstances exist when a Member is suffering from a health condition that may seriously jeopardize the Member's life, health, or ability to regain maximum function or when a Member is undergoing a current course of treatment using a Non-Formulary drug.
- FirstCare shall make its coverage determination on an expedited review request based on exigent circumstances and notify the Member or the Member's designee and the prescribing Physician (or other prescriber, as appropriate) of its coverage determination no later than 24 hours after it receives the request.
- If FirstCare grants an exception based on exigent circumstances, it shall provide coverage of the Non-Formulary drug for the duration of the exigency. Cost-sharing (Deductibles/Co-payments) for drugs approved through the exigent exception process will count toward the annual limits on per Member cost-sharing (annual Deductibles and Out-of-Pocket Maximums).

2. Standard Requests

- A Member, a Member's designee, or the Member's prescribing Physician (or other prescriber) may request a standard review of a decision that a drug is not covered by the Plan.
- FirstCare shall make its determination on a standard exception and notify the Member or the Member's designee and the prescribing Physician (or other prescriber, as appropriate) of its coverage determination no later than 72 hours following receipt of the request.
- If FirstCare grants a standard exception request it shall provide coverage of the Non-Formulary drug for the duration of the prescription, including refills. Cost-sharing (Deductibles/Copayments) for drugs approved through the standard exception process will count toward the annual limits on per Member cost-sharing (annual Deductibles and Out-of-Pocket Maximums).

3. External Reviews

- If FirstCare denies a request for a standard exception or for an expedited exception, the Member, the Member's designee, or the Member's prescribing Physician (or other prescriber) may submit a request that the original exception request and subsequent denial of such request be reviewed by an Independent Review Organization (an IRO).

SECTION 4 – EMERGENCY AND OUT-OF-AREA URGENT CARE SERVICES

Please refer to the Schedule of Copayments for Copayment amounts and any benefit limitations that may apply for certain services.

There are special circumstances for health care services that We will cover, even though those services are not provided by a Participating Provider. These are:

Emergency Care

1. What is Emergency Care

Emergency care means health care services provided in a Hospital emergency Facility, Freestanding Emergency Medical Care Facility, or comparable emergency Facility to evaluate and stabilize medical conditions of a recent onset and severity, including but not limited to severe pain, that would lead a prudent layperson, possessing an average knowledge of medicine and health, to believe his or her condition, sickness or injury is of such a nature that failure to get immediate medical care could result in:

- Placing the patient's health in serious jeopardy;
- Serious impairment to bodily functions;
- Serious dysfunction of any bodily organ or part;
- Serious disfigurement; or
- In the case of a pregnant woman, serious jeopardy to the health of the fetus.

Heart attacks, cardiovascular accidents, poisoning, loss of consciousness or breathing, convulsions, severe bleeding, and broken bones are examples of medical emergencies for which emergency care would be covered.

Emergency care includes the following services:

- An initial medical screening examination by the Facility providing the emergency care or other evaluation required by state or federal law that is necessary to determine whether an emergency medical condition exists;
- Services for the treatment and stabilization of an emergency condition; and
- Post-stabilization care originating in a Hospital emergency room, Freestanding Emergency Medical Care Facility, or comparable emergency Facility, if approved by Us, provided that We must approve or deny coverage within the time appropriate to the circumstances relating to the delivery of services and the condition of the patient not to exceed one hour of a request for approval by the treating Physician or the Hospital emergency room.

Emergency Services, including inpatient services, are covered regardless of the providing Facility's location.

2. Requirements for All Emergency Care

Emergency care must meet all of these conditions:

- If You are emergently admitted to a non-participating Facility, You must contact The Plan within 24 hours, unless it is impossible to do so; and
- You (or someone acting for You) must agree to be transferred to the care of Participating Providers as soon as this can be done without harming Your condition. We do not cover services provided by Non-Participating Providers after the point at which You can be safely transferred to the care of a Participating Provider.

FirstCare has the right to review the services and circumstances in which You received them. We will cover the initial medical screening evaluation necessary to determine whether an emergency medical condition exists and services to treat and stabilize. After an emergency condition has been stabilized, Your Physician must pre-authorize continued treatment or it may not be covered. FirstCare will approve or deny continued treatment after stabilization of Your emergency condition within one hour of your Physician's request.

Out-of-Area Urgent Care

1. *What is Out-of-Area Urgent Care*

Out-of-area urgent care means medical services that:

- Do not meet the requirements necessary to be considered "Emergency Care" described in this section;
- You urgently need while You are outside of FirstCare's Service Area;
- You could not reasonably have anticipated needing before You left the FirstCare Service Area; and
- Cannot safely be delayed until You are able to come back to the Service Area to obtain care through Your PCP.

In determining whether services provided to You will be covered as out-of-area urgent care, We have the right to review the services and the circumstances in which You received them. If We decide that some or all of the services do not meet the coverage requirements of this section, You will have to pay all charges for the non-covered services.

2. Requirements for Urgent Care

If Your condition is not serious enough to be a medical emergency, You should first seek care through Your PCP, as You would for Your regular covered care.

If You urgently need services while inside the FirstCare Service Area, care from Participating Providers is covered. Please remember that We will not cover urgent care inside the Service Area from a Non-Participating Provider.

Urgent care must meet all of these conditions:

- Before receiving treatment for urgent care, You should try to contact Your PCP and explain Your medical circumstances to him or her;
- You must obtain the services immediately after the urgent condition occurs, or as soon as possible afterward.
- If You were unable to contact Your PCP before seeking treatment, You (or someone acting for You) must contact Your PCP for advice and instructions as soon as possible after the urgent condition occurs.

Additionally, You must be transferred to the care of Participating Providers as soon as this can be done without harming Your condition. We do not cover services provided by Non-Participating Providers after the point at which You can be safely transferred to the care of a Participating Provider.

Services and Copayments

We will cover the following services:

- Hospital emergency room services, including an initial medical screening examination;
- Services in an outpatient emergency, Freestanding Emergency Medical Care Facility, or urgent care center. We will also cover Emergency Services in a comparable Facility;
- Ground, Sea, or Air Ambulance services and ambulance transportation for emergency conditions. Air Ambulance for emergency transport is covered to the nearest hospital equipped to treat Your condition only when transport by ground ambulance or other means would endanger Your life or cause permanent damage to Your health. Please refer to Section 5, *What is Not Covered* for exclusions.
- Any other covered health care services detailed in Section 3*, What Is Covered*. However, the services must meet all of the conditions described above under this section. Your specific Copayments for these services are outlined in the *Schedule of Copayments.*

If possible, You should make these Copayments to the provider of services at the time the service is rendered, even if the provider is an Non-Participating Provider.

Payment Procedures

Payment for emergency care received from Non-Participating Providers, inside or outside Our Service Area, and out-of-area urgent care is provided.

In all cases, Medically Necessary Emergency Care received from a non-participating Physician or non-Participating Provider will be reimbursed according to the terms of the Evidence of Coverage at the usual and customary or agreed upon rate, except for Copayments, and charges for non-covered services.. You will be held harmless for any amounts beyond the Copayment or other Out-of-Pocket amounts that You would have paid had the network included network Physicians or providers from whom You could obtain the services.

You should contact Our Customer Service Department at 1-855-572-7238, visit www.FirstCare.com and the myFirstCare Self Service secure Member web portal if the Non-Participating Provider bills You for amounts beyond the amount paid by Us.

You may contact ConsumerProtection@tdi.texas.gov or 1-800-252-3439 for Complaints regarding payment.

You are only responsible for Your Copayment for emergency care received from in-network/Participating Providers. You should contact us if You receive a bill for amounts beyond Your Copayment.

SECTION 5 – WHAT IS NOT COVERED

It is important that You understand what services are not covered. There are two general rules to remember:

- We cover only the health care services described in Sections 3 and 4 of this document. If a service is not listed in either of those sections, it is not covered.
- You must always meet the conditions for coverage described in Sections 1 through Section 4 of this document. Please make sure You meet all of these conditions and follow all of the required procedures. If You do not, We will not pay for the service.

We will not pay for the following services:

1. **Additional expenses** incurred as a result of Your failure to follow a Participating Provider's medical orders.

2. The following types of **Alternative Services,** therapy, counseling and related services or supplies:

   - Acupuncture, naturopathy, hypnotherapy or hypnotic anesthesia, Christian Science Practitioner Services or biofeedback;
   - For or in connection with marriage, child, career, social adjustment, finances, or medical social services;
   - Psychiatric therapy on Court Order or as a condition of parole or probation;
   - Lifestyle Eating and Performance (LEAP) program.

3. **Ambulance** services/transportation are not covered:
   - When another mode of transportation is clinically appropriate;
   - For stable, non-emergency conditions, unless pre-authorized;
   - When provided for the convenience of the Member, family, companion, ambulance provider, Hospital, or attending Physician;
   - Where no transportation of a Member occurs.

   Additionally, **Air or Sea Ambulance** services are not covered:
   - When ground ambulance is clinically appropriate;
   - To locations other than an acute care Hospital.

4. **Assistant Surgeons**, unless determined to be Medically Necessary.

5. **Biofeedback** services, except for the treatment of Acquired Brain Injury and for rehabilitation of Acquired Brain Injury.

6. **Circumcision** in any male other than a newborn (age 30 days or less), unless Medically Necessary.

7. Services that are supplied by a person who ordinarily resides in the Member's home or is a family member or **close relative** of the Member.

8. Televisions, telephones, guest beds, and other items for Your **comfort or convenience** in a Hospital or other inpatient Facility. Admission kits, maternity kits, and newborn kits provided to You by a Hospital or other inpatient Facility.

9. **Cosmetic**, plastic, medical or surgical procedures, and cosmetic therapy and related services or supplies, including, but not limited to Hospital confinements, Prescription Drugs, diagnostic laboratory tests and x-rays or surgery and other reconstructive procedures (including any related prostheses,

except breast prosthesis following mastectomy), unless specifically provided in Section 3*, What Is Covered*. Among the procedures We do not cover are:

- Excision or reformation of any skin on any part of the body, hair transplantation, removal of port wine stains, chemical peels or abrasions of the skin, removal of superficial veins, tattoos or tattoo removal, the enlargement, reduction, implantation or change in the appearance in a portion of the body unless determined to be Medically Necessary;
- Removing or altering sagging skin;
- Changing the appearance of any part of Your body (such as enlargement, reduction or implantation, except for breast reconstruction following a mastectomy);
- Hair transplants or removal;
- Peeling or abrasion of the skin;
- Any procedure that does not repair a functional disorder; and
- Rhinoplasty and associated surgery except when Medically Necessary to correct deviated septum.

10. **Cryotherapy** devices, such as PolarCare™.

11. Respite or Domiciliary care and Inpatient or outpatient **Custodial Care**. Custodial Care is care that:

- Primarily helps with or supports daily living activities (such as, cooking, eating, dressing, and eliminating body wastes); or
- Can be given by people other than trained medical personnel.

Care can be custodial even if it is prescribed by a Physician or given by trained medical personnel, and even if it involves artificial methods such as feeding tubes or catheters. This includes Custodial Care for conditions such as, but not limited to, Alzheimer's disease, senile deterioration, persistent vegetative state, mental retardation, mental deficiency, or any other persistent illness or disorder.

12. All expenses associated with routine **dental care** or oral surgery (except for corrective treatment of an accidental Injury to natural teeth) or any treatment relating to the teeth, jaws, or adjacent structures (for example, periodontium), including but not limited to:

- Cleaning the teeth;
- Any services related to crowns, bridges, filings, or periodontics;
- Rapid palatal expanders;
- X-rays or exams;
- Dentures or dental implants;
- Dental prostheses, or shortening or lengthening of the mandible or maxillae for Members over age 19, correction of malocclusion, and any non-surgical dental care involved in the treatment of temporomandibular joint (TMJ) pain dysfunction syndrome, such as oral appliances and devices;
- Treatment of dental abscess or granuloma;
- Treatment of gingival tissues (other than for tumors);
- Surgery or treatment for overbite or under bite and any malocclusion associated thereto, including those deemed congenital or developmental anomalies; and
- Orthodontics, such as splints, positioners, extracting teeth, or repairing damaged teeth.

The only dental-related coverage We provide is described in Section 3*, What Is Covered, Limited Dental Care Service.*

This Plan must remain in effect during the entire time the corrective treatment of an Injury to natural teeth is being completed.

13. Charges for the normal **delivery of a baby** (vaginal or cesarean section) outside Our Plan's Service Area if the delivery is within thirty days of Your due date specified by Your participating Physician, or Your Physician has advised against travel outside Our Service Area, except in case of emergency as specified in Section 4*, Emergency and Out-of-Area Urgent Care Services.* Complication of a pregnancy or delivery is treated as any other illness.

14. The following **devices**, **equipment, and supplies** are excluded:

- Corrective shoes, shoe inserts, arch supports, and Orthotic inserts, except as provided for under Section 3*, What is Covered* and for the treatment of diabetes;
- Equipment and appliances considered disposable or convenient for use in the home, such as over-the counter bandages and dressings;
- Comfort or convenience items, such as bathtub chairs, whirlpool tubs, safety grab bars, stair gliders or elevators, over-the-bed tables, bed boards, saunas, and exercise equipment;
- Environmental control equipment, such as air conditioners, purifiers, humidifiers, dehumidifiers, electrostatic machines, and heat lamps;
- Consumable medical supplies, such as over-the-counter bandages, dressings, and other disposable supplies, skin preparations, surgical leggings, elastic stockings, TED stockings, stump socks and compression garments.
- Foam cervical collars;
- Stethoscopes, sphygmomanometers, and recording or hand-held pulse oximeters;
- Hygienic or self-help items or equipment; and
- Electric, deluxe, and custom wheelchairs or auto tilt chairs.
- Sequential lymphedema compression devices, except for treatment after a mastectomy.

15. The following **drugs, equipment, and supplies**, except immunizations and prescribed treatment of Phenylketonuria (PKU) and diabetes:

- Medications for use outside of the Hospital or other inpatient Facility, including take-home and over-the-counter drugs, except those used in the treatment of diabetes or if otherwise covered as described in Section 3*, What is Covered, Prescription Drug Services*, of this Evidence of Coverage; or
- Experimental drugs and agents; or
- Drugs used to treat cosmetic conditions; or
- Drug Efficacy Study Implementation (DESI) Drugs

16. **Educational testing** and therapy, motor or language skills, or services that are educational in nature or are for vocational testing or training.

17. **Electron Beam Tomography (EBT).**

18. Treatments, services or supplies for **non-Emergency Care** at an emergency room.

19. Weekend admission charges for **non-Emergency Care** services, unless Medically Necessary

20. **Non-Emergency** confinement, treatment, services, or supplies received outside the United States.

21. **Equine or Hippo therapy.**

22. **Experimental or Investigational** drugs, devices, treatments, or procedures. This includes any drug, device, treatment, or procedure that would not be used in the absence of the Experimental or Investigational drug, device, treatment, or procedure. We consider a drug, device, treatment, or procedure to be Experimental or Investigational if:

    - It cannot be lawfully marketed without the approval of the U. S. Food and Drug Administration, and approval for marketing has not been given at the time it is provided;
    - It was reviewed and approved by the treating Facility's Institutional Review Board or similar committee, or if federal law requires it to be reviewed and approved by that committee. This exclusion also applies if the informed consent form used with the drug, device, treatment or procedure was (or was requested by federal law to be) reviewed and approved by that committee;
    - Reliable evidence shows that the drug, device, treatment, or procedure is the subject of ongoing Phase I or Phase II clinical trials; is the research, Experimental study, or Investigational arm of ongoing Phase III clinical trials; or is otherwise under study to determine its maximum tolerated dose, its toxicity, its safety, its effectiveness, or its effectiveness compared to a standard method of treatment or diagnosis;
    - The safety and/or efficacy has not been established by reliable, accepted medical evidence; or
    - Reliable evidence shows that the prevailing opinion among experts is that further studies or clinical trials of the drug, device, treatment, or procedure are needed to determine its maximum tolerated dose, its toxicity, its safety, its effectiveness, or its effectiveness compared to a standard method of treatment or diagnosis.

    "Reliable evidence" includes only published reports and articles in authoritative medical and scientific literature, and written protocols and informed consent forms used by the treating Facility or by another Facility studying substantially the same drug, device, treatment, or procedure.

    Denials for Medically Necessary or Experimental & Investigational drugs, devices, treatments or procedures are eligible for review by an Independent Review Organization (IRO). See Section 9 for information on Member Complaint and Appeal Procedures.

23. **Routine foot care**, including treatment of weak, strained or flat feet, corns, calluses, or medications such as Lamisil or Sporanox for the treatment of uncomplicated nail fungus. We also do not cover corrective orthopedic shoes, arch supports, splints or other foot care items, except as noted under Section 3*, What is Covered*. This will not apply to the removal of nail roots. We do not cover ankle braces, with the exception of those listed under Section 3*, What is Covered.*

24. **Genetic counseling and testing**, with the exception of those required under applicable state or federal law and Medically Necessary perinatal genetic counseling. Genetic testing related to pre-implantation of embryos for in-vitro fertilization is not covered. Genetic testing results or the refusal to submit to genetic testing will not be used to reject, deny, limit, cancel, refuse to renew, increase premiums for, or otherwise adversely affect eligibility for or coverage under this plan.

25. **Hearing Devices:** Hearing aid batteries or cords, temporary or disposable hearing aids, repair or replacement of hearing aids due to normal wear, loss, or damage, a hearing aid that does not meet the specifications prescribed for correction of hearing loss.

26. All charges for inpatient **Hospital** days that exceed the medically recommended length of stay for the diagnosis, unless Medically Necessary.

27. **Illegal acts**: Charges for services received as a result of Injury or Sickness caused by or contributed to by the covered person engaging in an illegal act or occupation or by committing or attempting to commit a crime, criminal act, assault or other felonious behavior. For purposes of this exclusion, an act is "illegal" if it is contrary to or in violation of law, and includes, but is not limited to, operating a motor vehicle, recreational vehicle or watercraft while intoxicated. Intoxication includes situations in

which the covered person has a blood alcohol content or concentration (BAC) which exceeds the applicable legal limit. This exclusion does not apply if the Injury resulted from an act of domestic violence or medical condition (including both physical and mental health), or in case of emergency, the initial medical screening examination, treatment and stabilization of an emergency condition.

28. **Infertility** drugs, treatment, reversal of voluntary sterilization; gamete intra-fallopian transfer (GIFT); zygote intra-fallopian transfer (ZIFT); in vitro fertilization (IVF); any costs related to surrogate parenting; sperm banking for future use; or any assisted reproductive technology or related treatment that is not specified in Section 3*, What is Covered*

29. Any services or items for which You have no **legal obligation** to pay, or for which no charge would ordinarily be made, unless We have authorized such services in advance, or the care provided was of an emergent or urgent nature. Examples of this include care for conditions related to Your military service, care while You are in the custody of any government authority, and any care that is required by law to be given in a public Facility.

30. Appearance at court hearings and other **legal proceedings**.

31. **Massage therapy**, unless associated with a physical therapy modality provided by a licensed physical therapist.

32. **Mastectomy** for relief of pain, prophylactic mastectomy to reduce the risk of breast cancer occurrence (except when You have been previously diagnosed with breast cancer), or due to any disease or illness other than for the treatment of breast cancer.

33. Inpatient and outpatient treatment, surgery, service, procedures or supplies that are not **Medically Necessary**; even if they are prescribed or recommended by a Health Care provider, dentist or ordered by a court of law.

Denials for Medically Necessary or Experimental & Investigational drugs, devices, treatments or procedures are eligible for review by an Independent Review Organization (IRO). See Section 9 for information on Member Complaint and Appeal Procedures.

34. The following **Medications**:

- Medications not listed on the FirstCare Formulary unless otherwise stated.
- Drugs that by law do not require a prescription unless listed in the Formulary.
- Prescriptions written in connection with any treatment or service that is not a covered benefit unless listed in the Formulary.
- With the exception of contraceptive devices, devices of any kind, even those requiring a prescription, including but not limited to therapeutic devices, health appliances, hypodermic needles or similar items.
- Any medication that is not Medically Necessary. Denials for medications that are not medically necessary are subject to the Member Complaint and Appeal Procedures outlined in Section 9 of Your Evidence of Coverage.
- Any over-the-counter medications that are not required by the Patient Protection & Affordable Care Act (PPACA).
- Vitamins, minerals, and/or nutritional supplements that are not required by the PPACA (regardless of whether or not these are Legend or over-the-counter).
- Medications prescribed for non-FDA approved indications, referred to as off-label drug use, are not covered. This includes Experimental and Investigational drugs used to treat any disease or condition that is excluded from coverage under this Plan or that the FDA has determined to be contraindicated for treatment of the current indication. Off-label drug use will be covered if the drug is approved by the FDA for at least one indication, and is recognized by reproducible studies for treatment of the indication for which the drug is

prescribed in substantially accepted peer-reviewed national medical professional journals and a nationally recognized medical technology evaluation service

- Appetite suppressants; anti-smoking aids in excess of what is required by Section 2713 of the Patient Protection & Affordable Care Act; medications used for any cosmetic improvement, including wrinkles, uncomplicated nail fungus regardless of ambulation or pain; hair loss, growth or removal; idiopathic non-growth hormone deficiency short stature; and, DESI Drugs.
- Prescriptions or refills that replace lost, stolen, spoiled, expired, spilled or are otherwise misplaced or mishandled by You.
- Prescriptions written for the treatment of infertility.
- Compound Medications
- anything which is not specified as covered or not defined as a drug, such as therapeutic devices, appliances, machines including syringes, except disposable syringes for insulin dependent Members, glucometers, and asthma spacers;
- drugs used for Treatments or medical conditions not covered by this Evidence of Coverage;
- any initial or refill prescription dispensed more than one (1) year after the date of the Health Professional's order;
- except for medical emergencies, drugs not obtained at a Network Pharmacy;
- drugs given or administered to You or a Covered Dependent while at a hospital, skilled nursing facility, or other facility;
- blood, blood plasma, and other blood products; except as covered by Medical benefits under the Evidence of Coverage;
- a prescription that has an over the counter alternative;
- initial or refill prescriptions the supply of which would extend past the termination of this Evidence of Coverage, even if the Health Professional’s order was issued prior to termination
-

Denials for Medically Necessary or Experimental & Investigational drugs, devices, treatments or procedures are eligible for review by an Independent Review Organization (IRO). See Section 9 for information on complaints and appeal procedures.

35. **Mental health** services for the treatment of the following conditions: mental retardation; senile deterioration, such as progressive dementia of Alzheimer's and Alzheimer’s like diseases; sleep disorders and factitious disorders. Marriage counseling is not a Covered Health Service.

36. Charges for **missed appointments** and charges for completion of a Claim form.

37. Charges that exceed the **Non-Participating Provider Reimbursement (NPPR).** Refer to Section 1*, Requirements for All Healthcare Services*, for clarification on out-of-network services and services received from Non-Participating Providers.

38. If a service is **not covered** under The Plan, We will not cover any services that are related to it. Related services are:

- Services provided in preparation for the non-covered service;
- Services provided in connection with providing the non-covered service; or
- Services that are usually provided following the non-covered service, such as follow-up care or therapy after surgery.
- Complications from non-covered service
- All care related to services that are not covered, including direct complications and pre or post care.

For example, if a Member undergoes non-covered cosmetic surgery, We will not cover pre-operative care, post-operative care, or hospitalization related to the non-covered surgery. Even if the service was covered by another health plan, it will be considered non-covered under this Plan.

39. **Obesity:** Services intended primarily to treat obesity, such as gastric bypasses and balloons, vertical sleeve gastrectomy, bileo-pancreatic diversion (duodenal switch), stomach stapling, jaw wiring, vertical banding, gastric plication, vagal blocking therapy, Aspire Assist, intragastric balloon, weight reduction programs, gym memberships, gym equipment, Prescription Drugs, or other treatments for obesity (except preventive services related to obesity including screening for obesity in adults, counseling and behavioral interventions to promote sustained weight loss, diet and behavioral counseling in primary care to promote healthy maintenance of hyperlipidemia and cardiovascular risk factors along with other diet-related chronic disease factors) even if prescribed by a Physician or if You have medical conditions that might be helped by weight loss, regardless of Medical Necessity. Any complications/services related to the treatment of obesity will not be covered under this Plan.

40. Prophylactic **oophorectomy:** removal of one or both ovaries in the absence of malignant disease to reduce the risk of ovarian cancer occurrence.
41. **Orthotripsy** and related procedures.

42. **Outpatient services** received in federal facilities or any items or services provided in any institutions operated by a state government or agency when a Member has no legal obligation to pay for such items or services, except for treatment provided in a tax supported mental health institution or by Medicaid.

43. **Intradiscal Electrothermal Annuloplasty (IDET)** procedures for pain management.

44. **Physical Exams,** Treatments and evaluations required by employers, insurers, schools, camps, courts, licensing authorities, flight clearance and other third parties.

45. **Physical therapy services**, unless rendered by a physical therapist.

46. **All internal and external Prosthetic items and devices**, except for those medically necessary and specified in Section 3*, What is Covered*. We do not cover splints unless they are needed for urgent or emergency treatment and/or in lieu of castings or surgery.

47. **Long-term rehabilitative services**: Long term is defined as more than two months. Limitations do not apply to Acquired Brain Injury, Therapies for Children with Developmental Delays or Autism Spectrum Disorder as specified in Section 3, *What is Covered* of the Evidence of Coverage.

48. **Reports:** Special medical reports not directly related to treatment.

49. **Services** not completed in accordance with the prescribing Physician's orders.

50. **Services** required as a result of Experimental/Investigational drug testing done voluntarily by You without Our approval.

    Denials for Medical Necessity or Experimental/Investigational drugs, devices, treatments or procedures are eligible for review by an Independent Review Organization (IRO). See Section 9 for information on Member Complaints and Appeal Procedures.

51. **Services** provided and independently billed by interns, residents or other employees of Hospitals, laboratories or other medical Facilities.

52. **Services** that are provided, paid for, or required by state or federal law where this Evidence of Coverage is delivered, except under Medicaid, when in the absence of insurance, there is no charge for that service.

53. Volunteer **services**, which would normally be provided at no charge to You.

54. **Services** associated with autopsy or post-mortem examination unless requested by Us.

55. Any **services or supplie**s furnished at a Facility, which is primarily a place of rest, a place for the aged, a nursing home or similar institution.

56. All **services or supplies** provided while You are not covered under this Plan; either before the effective date of coverage or after this Evidence of Coverage ended.

57. Treatment, implanted devices or Prosthetics, or surgery related to **sexual dysfunction** or inadequacies including, but not limited to erectile dysfunction, regardless of Medical Necessity, unless related to prior surgical treatment or a result of treatment for a covered condition.

58. **Skilled Nursing Facility** inpatient care exclusions:

- When the criteria in Section 3, *What is Covered, Inpatient Services, Skilled Nursing Facility* is not met;
- When services do not require the skills of a qualified provider and/or required procedures may be carried out safely and effectively by an appropriately trained patient, family or caregiver;
- When services are for maintenance programs or care;
- When the services are for Custodial Care only;
- When Medically Necessary care/services can be safely and appropriately provided at a less intense level of care.

59. **Sports** cords and transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) units.

60. **Sports rehabilitation** refers to continued treatment for sports related injuries in an effort to improve above and beyond normal ability to perform activities of daily living (ADLs). **Sports-related rehabilitation** or other similar avocational activities is not covered because it is not considered treatment of disease. This includes, but is not limited to: baseball, pitching/throwing, cheerleading, golfing, martial arts of all types, organized football, baseball, basketball, soccer, lacrosse, swimming, track and field, etc. at a college, high school, or other school or community setting, professional and amateur tennis, professional and amateur/hobby/academic dance, and competitive weightlifting and similar activities.

61. Disposable or consumable outpatient **supplies**, such as needles, blood or urine testing supplies (except supplies used in the treatment of diabetes and allergy syringes) and sheaths, bags, elastic garments and bandages, home testing kits, vitamins, dietary supplements and replacements, special food items and formulas.

62. Oral appliances and devices for **temporomandibular joint (TMJ)** syndrome.

63. Elective, non-therapeutic **termination of pregnancy** (abortions) including any abortion-inducing medications, except where the life of the mother would be endangered if the fetus were to be carried to term or a medical emergency places the woman in danger of death or a serious risk of substantial impairment of a major bodily function unless an abortion is performed.

64. **Transportation**, except for ambulance or air ambulance (in accordance with Section 4, *Emergency and Urgent Care, Services and Copayments*) used for transport in a medical emergency or when We have pre-approved services for medical transport purposes only (e.g. from a Hospital to a Skilled Nursing Facility).

65. **Treatment** a school system is required to provide under any law.

66. **Urgent Care** inside the Service Area from a Non-Participating Provider.

67. **Adult Vision Care Services (for Members over the age of 19):** .Eye examinations to determine the need for corrective lenses, or the presence of vision problems: eyeglasses (including eyeglasses and contact lenses prescribed following vision surgery); contact lenses , except for treatment of Keratoconus, and any other items or services for the correction of Your eyesight, including but not limited to: eye exercises, orthoptics, vision training, vision therapy, radial keratotomy (RK), automated lamellar keratoplasty (ALK or LK), astigmatic keratotomy (AK), laser vision corrective surgery and photo refractive keratectomy (PRK-laser) unless specifically provided in Section 3*, What Is Covered.*

68. **Pediatric Vision Care Services:**
    - Routine eye exam does not include professional services for contact lenses
    - Laser eye surgery (LASIK)
    - Any vision service, treatment or materials not specifically listed as a covered service;
    - Services and materials not meeting accepted standards of optometric practice;
    - Telephone consultations;
    - Any services that are strictly cosmetic in nature including, but not limited to, charges or personalization or characterization of Prosthetic appliances;
    - Special lens designs of coatings other than those described in this benefit;
    - Replacement of lost/stolen eyewear;
    - Non-prescription (Plano) lenses;
    - Two pairs of eyeglasses in lieu of bifocals;
    - Insurance of contact lenses

69. Health care services for any **work-related** injury or illness.

70. Illness or injury incurred as a result of **war** or any act of war, whether declared or undeclared, whether or not You served in the military.

Limitations Due To Certain Conditions

In the event that due to circumstances not within the control of FirstCare, including but not limited to a major disaster, epidemic, the complete or partial destruction of facilities, war, riot, civil insurrection, disability of a significant number of Participating Providers and their personnel, or similar causes, the rendering of Covered Health Services provided under this Evidence of Coverage is delayed or rendered impractical, FirstCare shall make a good faith effort to arrange for an alternative method of providing coverage. In such an event, FirstCare and its Participating Providers shall render Covered Health Services insofar as practical, and according to their best judgment; but FirstCare and Participating Providers shall incur no liability or obligation for delay or failure to provide or arrange for services if such failure or delay is caused by any such event.

SECTION 6 – UTILIZATION REVIEW (U.R.) PROGRAM

The following provisions apply to Your coverage under the FirstCare Evidence of Coverage.

Definitions

Pre-Authorization, Pre-Approval, Authorization, and Authorize - the review and confirmation of the Medical Necessity of an admission or Covered Health Service that is subject to the Utilization Review Program Requirements.

Scheduled - a medical procedure, treatment, surgery, or service, which has been planned in advance by Your Health Care Provider.

Effect on Benefits

We will pay for Covered Health Services described in the Schedule of Copayments and subject to all provisions of this Evidence of Coverage, when the Utilization Review requirements are properly followed and the applicable medical care is pre-authorized. You are responsible for obtaining prior authorization.

In the event of an Adverse Benefit Determination, the Utilization Review Agent will provide a written notification to You and Your Health Care Provider. The Utilization Review Agent will provide notification to the provider of record within 24 hours by telephone or electronic transmission if You are an inpatient or by mail within three working days if You are not an inpatient. If the health care service involves post-stabilization treatment or a Life-Threatening condition, the Utilization Review Agent will provide notification within the time appropriate to the circumstances relating to the delivery of the services and the condition of the patient, but in no case to exceed one hour of a request made during normal business hours or within one hour of opening for business the next day if the request is received after hours. The determination will be provided to the treating Physician or health care provider. You can request an appeal if You or Your Health Care Provider does not agree with an Adverse Benefit Determination made by Our Utilization Review Agent.

A Utilization Review Agent will also provide notice not later than 30 days prior to the discontinuance of concurrent Prescription Drug or intravenous infusions for which You are receiving health benefits under the Evidence of Coverage. You are entitled to an immediate appeal to an Independent Review Organization for the denial of Prescription Drugs or intravenous infusions.

If a retrospective utilization review is conducted, the Utilization Review Agent shall provide notice of an Adverse Benefit Determination in writing to You and Your Health Care Provider not later than 30 days after the date on which the claim is received.

The period may be extended once by the Utilization Review Agent for a period not to exceed 15 days, if the Utilization Review Agent:

- determines that an extension is necessary due to matters beyond the Utilization Review Agent's control; and
- notifies You and Your Health Care Provider before the expiration of the initial 30-day period of the circumstances requiring the extension and the date by which the Utilization Review Agent expects to make a determination.

If the extension is required because of the failure You or Your Health Care Provider to submit information necessary to reach a determination on the request, the notice of extension must:

- specifically describe the required information necessary to complete the request; and
- give You and Your Health Care Provider at least 45 days from the date of receipt of the notice of extension to provide the specified information.

If the period for making the determination is extended because of You or Your Health Care Provider’s failure to submit the information necessary to make the determination, the period for making the determination is tolled

from the date on which the Utilization Review Agent sends the notification of the extension to You or Your Health Care Provider until the earlier of:

- the date on which You or Your Health Care Provider responds to the request for additional information; or
- the date by which the specified information was to have been submitted.

You, a person acting on Your behalf, Your Health Care Provider, or other Health Care Provider may appeal the Adverse Benefit Determination and contact the Utilization Review Agent. The Utilization Review Agent will provide a list of documents that You or the appealing party needs to submit. In a circumstance involving a Life-Threatening condition, You are entitled to an immediate appeal to an Independent Review Organization. Please see Section 9 for more information on appeals for Adverse Benefit Determinations.

Utilization Review Program Requirements

You must notify Us before Covered Health Services, which require Pre-Authorization, are provided. You may either telephone Us, or have the attending Physician, a relative, or any other person contact Us on Your behalf.

Pre-authorization must be obtained to receive maximum benefits provided for in this Evidence of Coverage. Any instances of material misrepresentation or failure to perform the proposed service(s) in order to obtain preauthorization may adversely affect payment of those services.

Pre-Authorization Requirements

We require that certain medical services, care, or treatments be pre-authorized before We will pay for all related Covered Health Services. Preauthorization means that We review and confirm that proposed services, care, or treatments are Medically Necessary. You are responsible for ensuring that Your Physician obtains preauthorization for any proposed services at least five (5) days before You receive them. For a listing of the services requiring preauthorization, please visit [www.FirstCare.com] [and the myFirstCare Self Service secure Member web portal.] A paper copy is available upon request. This listing is subject to change.

If you fail to get proper authorization on the services, care or treatment that require preauthorization, they will not be covered.

Additionally, if You fail to get proper authorization, You may be charged additional amounts, which will not count toward Your Deductibles or Out-of-Pocket Maximums. These amounts are shown on the Schedule of Copayments.

We will respond to a request for preauthorization within the following time periods:

- For non-hospitalized requests, a determination will be issued and transmitted not later than the third calendar day after the date the request is received by Us.
- If the proposed medical or health care services are for concurrent hospitalization care, We will issue and transmit a determination indicating whether proposed services are pre-authorized within 24 hours of receipt of the request.
- If the proposed medical care or health care services involve post-stabilization treatment, or a Life-Threatening condition We will issue and transmit a determination indicating whether proposed services are pre-authorized within the time appropriate to the circumstances relating to the delivery of the services and Your condition, but in no case to exceed one hour from receipt of the request.

Your Physician may submit a request to renew an existing authorization at least 60 days before the authorization expires. We shall, if practicable, review the request for medical necessity and issue a determination before the existing authorization expires.

Case Management Program

FirstCare's Case Management Program is included as part of Your benefit for when you have a serious medical or behavioral health condition or have experienced a significant change in Your health status. The program is voluntary and You may opt in or out at any time. FirstCare accepts referrals for Case Management from Members or their caregivers, providers or other FirstCare staff. FirstCare also monitors claims and other information to help locate Members who may benefit from services. FirstCare has doctors, nurses, social workers, pharmacists and behavioral health practitioners on the case management team so that a multi-disciplinary approach can be used to meet the needs of each Member individually.

Once You are referred or identified, a member of the team reaches out to contact You and collect some additional health information if You agree to participate. This information is used to work with You or Your health care provider to decide the right level of case management and to develop a plan of care specific to You. Providing this information will not affect Your benefits. Some of the ways a case manager can provide include:

- Help with finding medical or behavioral health providers that can meet Your needs;
- Help with getting community resources that may be available to You;
- Information and resources to help You better understand Your conditions and how to better manage them;
- Help with learning how to navigate the healthcare system and better understand benefits.

Referrals for Case Management can be made by visiting www.FirstCare.com and the myFirstCare Self Service secure Member web portal, or can be made by email sent to casemgmt@firstcare.com.

Disease Management Program

FirstCare Plus is a special disease management program offered to You at no additional cost. FirstCare Plus is a program that helps Members with certain conditions to learn more about how to manage them. These conditions include:

- Asthma
- Coronary Artery Disease
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease
- Diabetes
- Heart Failure

Participation in disease management is completely voluntary and Members may opt in or out at any time without affecting their benefits. Members who agree to participate receive phone calls from specially trained nurses and other staff, as well as helpful information in the mail. You can sign up or get more information by visiting www.FirstCare.com and the myFirstCare Self Service secure Member web portal.

SECTION 7 – PREMIUMS AND TERMINATION OF COVERAGE

Premiums

Premium rates are set out in the Premium Rate Schedule. The Subscriber agrees to remit the entire Premium payment on or before the due date. Due date is the first day of the month for which the payment is due. We accept premium payments directly from You. If you purchased your coverage on the Exchange, the Exchange may offer You a choice of multiple payment options, which may include an electronic payment option. If You receive advance payment of Premium Tax Credits, We will receive payments from two different sources (i.e., the Treasury Department and either You or the Exchange) on Your behalf.

Only if FirstCare receives Your stipulated payment, shall You be entitled to health services covered hereunder and then only for the Contract Month for which such payment is received. If any required payment is not received by the Premium due date of the Contract Month for You and/or Your Dependents or there is a bank draft failure, then You will be terminated at the end of the Grace Period. You will be responsible for the cost of services rendered to You or Your Dependents during the Grace Period of the Contract Month in the event that Premium payments are not made by You.

A Grace Period of 31 days will be granted for the payment of each premium falling due after the first Premium, during which Grace Period, the Evidence of Coverage shall continue in force. After a Grace Period of 31 days, coverage under this Evidence of Coverage will automatically terminate on the last day of the coverage period for which Premiums have been paid, unless coverage is extended as described in the next paragraph.

If you are receiving a Premium Tax Credit under the Affordable Care Act, you have a three-month grace period for paying premiums. If full payment of the premium is not made within the three month grace period, then coverage will retroactively terminate on the last day of the first month of the three-month grace period.

Medical Claim Overview during Grace Period

- FirstCare will pay provider's medical claims on members who are within the three month grace period.
- If the member fails to pay their premium, FirstCare will cancel the member's coverage retroactive to the last day of the first month of the grace period and seek recovery of payment for services received in the second and third months of the grace period from the provider.

Pharmacy Claim Overview during Grace Period

- FirstCare will pay pharmacy claims on members who are within the first month grace period.
- FirstCare will not pay pharmacy claims on members who are in the second or third month grace period. Members will be responsible for 100% of pharmacy costs during the second and third month of the grace period.
- Once members pay back overdue premiums, at the Member's request, FirstCare will reimburse the Member for the covered expense according to the enrolled plan benefits.

1. Premium Rate Changes

- We reserve the right to adjust the premium on each anniversary date of this Evidence of Coverage upon 60 days' notice to You.
- If You change Your place of residence and such change results in a change in Premium, the Premium applicable to this Plan shall automatically change to the rate applicable to the new place of residence effective on the first day of The Plan month following the date of such change in residence. If such change is to a lower Premium rate and You fail to notify Us in writing of such change prior to the date of change, Your right to refund of overpayment shall be limited to the overpayment for the 6 months immediately preceding the date of notification to Us.

- If You and/or Your covered spouse and/or other Dependent(s) attain an age resulting in an increased Premium rate, the Premium applicable to this Plan shall automatically change to the rate applicable to the new age effective on the anniversary date of Your Plan.

2. Failure to Render Premium Payments

Failure to make Premium payments within the Grace Period will result in termination of coverage retroactive to the last date through which premiums were paid. The Subscriber shall be responsible for any services received during the Grace Period.

3. Returned Checks

FirstCare reserves the right to charge a service fee to any Subscriber whose check is returned by the bank.

4. Third Party Premium Payments

Payment of premiums for individual plans are a personal expense to be paid for directly by individual and family plan subscribers using personal funds. Personal funds do not include payment from a business account for a sole proprietorship or Limited Liability Corporation (LLC). In compliance with federal guidance, FirstCare will accept third party payment for premium from the following entities:

1. the Ryan White HIV/AIDS Program under title XXVI of the Public Health Services Act;
2. Indian tribes, tribal organizations, or urban Indian organizations; and
3. State and federal Government programs

Except as provided above, third-party entities shall not pay FirstCare directly for any or all of a member's premium. Premium payments from any other party will not be credited to Your account which may result in termination or cancellation of coverage in accordance with the Termination provisions of this Evidence of Coverage.

Termination of Coverage

You may terminate coverage voluntarily by giving appropriate notice to FirstCare and to the Exchange (if applicable). The effective date of coverage termination will be fourteen (14) calendar days after Your request, unless You request a later date, or an earlier date that We are able to carry out.

For coverage purchased on the Exchange, the Exchange *may* terminate Your coverage but *must allow* Us to terminate coverage – when:

- You are no longer eligible for coverage through the Exchange. The last day of coverage is the last day of the month following the month in which the notice is sent by the Exchange unless You request an earlier termination effective date;
- You change from one QHP to another during the annual Open Enrollment Period. The last day of coverage in your prior QHP is the day before the effective date of coverage in your new QHP;
- The plan terminates.

Whether You have purchased coverage on the Exchange <u>*or*</u> directly from FirstCare, We may terminate Your coverage under the following circumstances:

- Your coverage is rescinded (see Section below); or
- Your premiums are unpaid and any applicable Grace Period has been exhausted.
- Termination due to our discontinuance of a particular type of individual coverage in the Service Area. Coverage may be canceled after 90 days written notice, in which case We must offer to each Member

on a guaranteed issue basis any other individual basic health care coverage offered by FirstCare in that Service Area. If FirstCare completely withdraws from the individual market in the Service Area, coverage under this Plan may be canceled after 180 days written notice to the state insurance commissioner and the Members, in which case FirstCare may not re-enter the individual market in that Service Area for five years beginning on the date of discontinuance of the last coverage not renewed.

- Failure of the Subscriber to reside, live or work in the Service Area, coverage may be canceled after 30 days' written notice. Coverage for a child who is the subject of a medical support order cannot be canceled solely because the child does not reside, live or work in the Service Area.

Refunds

As required by Texas Statute, if Your coverage is terminated, premium payments received on Your behalf that apply to periods after the effective date of termination of coverage shall be pro rata refunded to You within 30 days after We have actual knowledge of Your termination. Upon the making of such refund, neither FirstCare nor any Participating Provider shall have any further liability under this benefit Plan with respect to the refunded amount. Any claims for refunds must be made within 60 days from the effective date of termination of a Member's coverage, or such right to a refund shall be deemed to have been waived by the Member.

Rescissions

As outlined in Section 2712 of H.R. 3590 (Patient Protection & Affordable Care Act):

A group health plan and a health insurance issuer offering group or individual health insurance coverage shall not rescind such plan or coverage with respect to a Member once the Member is covered under such plan or coverage involved, except that this section shall not apply to a covered individual who has performed an act or practice that constitutes fraud or makes an intentional misrepresentation of material fact as prohibited by the terms of The Plan or coverage. Such plan or coverage may not be cancelled except with 30 days prior written notice to the Member, and only as permitted under section 2702(c) or 2742(b).

Continuation of Coverage Due to Change in Marital Status

If a Dependent's coverage terminates due to a change in marital status, Your former spouse may be issued coverage that most nearly approximates the coverage of the Evidence of Coverage that was in effect prior to the change in marital status and without furnishing evidence of insurability. In order to enroll in such coverage, Your former spouse must continue to reside, live or work in the Service Area, submit a completed application within thirty-one (31) days after the date of the change in marital status and submit Premium payments required under such Evidence of Coverage. The effective date of such coverage shall be the effective date of coverage under the prior Evidence of Coverage.

Reinstatement Upon Acceptance of Late Premium

In any case where termination resulted from failure to make timely payment of Premium, the subsequent acceptance of such Premium payments by FirstCare or our duly authorized agents shall reinstate the coverage. For purposes of this provision, mere receipt and/or negotiation of a late Premium payment does not constitute acceptance. The reinstated Evidence of Coverage shall cover only loss resulting from injury as may be sustained after the date of reinstatement and loss due to sickness as may begin more than ten days after such date. In all other respects, the Subscriber and FirstCare shall have the same rights hereunder as they had under the Evidence of Coverage immediately before the due date of the defaulted Premiums, including the right of the Subscriber to apply the period of time this Evidence of Coverage was in effect immediately before the due date of the defaulted Premiums toward satisfaction of any waiting periods for benefits, if any, subject to any provisions endorsed hereon or attached hereto in connection with the reinstatement. Any Premium payments accepted in connection with a reinstatement shall be applied to a period for which Premiums have not been previously paid, but not to any period more than 60 days prior to the date of reinstatement.

No Automatic Reinstatement

A Subscriber and/or a Subscriber's Dependents shall not be reinstated automatically if coverage is terminated. To be reinstated, a Subscriber and/or a Subscriber's Dependent(s) must reapply at the next Open Enrollment Period.

SECTION 8 - COORDINATION OF BENEFITS AND SUBROGATION

If any benefits to which a Member is entitled under this Evidence of Coverage are also covered under any other plan as described below in subparagraph A(1), the benefits payable under another plan include the benefits that would have been payable had claim been duly made therefore.

Coordination of Benefits (COB)

For purposes of this section only, the following words have the following definitions:

1. A **"plan"** is any of the following that provides benefits or services for medical or dental care or treatment. If separate contracts are used to provide coordinated coverage for Members of a group, the separate contracts are considered parts of the same plan and there is no COB among those separate contracts.

   Plan includes: group, blanket, or franchise accident and health insurance policies, excluding disability income protection coverage; individual and group health maintenance organization evidences of coverage; individual accident and health insurance policies; individual and group preferred provider benefit plans and exclusive provider benefit plans; group insurance contracts, individual insurance contracts and subscriber contracts that pay or reimburse for the cost of dental care; medical care components of individual and group long term care contracts; limited benefit coverage that is not issued to supplement individual or group in force policies; uninsured arrangements of group or group type coverage; the medical benefits coverage in automobile insurance contracts; and Medicare or other governmental benefits, as permitted by law.

   Plan does not include: disability income protection coverage; the Texas Health Insurance Pool; workers' compensation insurance coverage; Hospital confinement indemnity coverage or other fixed indemnity coverage; specified disease coverage; supplemental benefit coverage; accident only coverage; specified accident coverage; school accident type coverages that cover students for accidents only, including athletic injuries, either on a "24 hour" or a " to and from school " basis; benefits provided in long - term care insurance contracts for non-medical services, for example, personal care, adult day care, homemaker services, assistance with activities of daily living, respite care, and Custodial Care or for contracts that pay a fixed daily benefit without regard to expenses incurred or the receipt of services; Medicare supplement policies; a state plan under Medicaid; a governmental plan that, by law, provides benefits that are in excess of those of any private insurance plan; or other nongovernmental plan; or an individual accident and health insurance policy that is designed to fully integrate with other policies through a variable Deductible.

2. **Allowable Expense** means a health care expense, including Deductibles, Coinsurance, and Copayments, that is covered at least in part by any plan covering the person for whom claim is made. When a plan (including this Health Care Plan) provides benefits in the form of services, the reasonable cash value of each service rendered is considered to be both an allowable expense and a benefit paid. In addition, any expense that a health care provider or Physician by law or in accord with a contractual agreement is prohibited from charging a covered person is not an allowable expense.

3. **Allowed amount** is the amount of a billed charge that a carrier determines to be covered for services provided by a non-preferred health care provider or Physician. The allowed amount includes both the carrier's payment and any applicable Deductible, Copayment, or Coinsurance amounts for which the Member is responsible.

4. **Custodial parent** is the parent with the right to designate the primary residence of a child by a court order under the Texas Family Code or other applicable law, or in the absence of a court order, is the parent with whom the child's resides more than one-half of the calendar year, excluding any temporary visitation.

If You are eligible to receive benefits under another plan that duplicates benefits provided under this Evidence of Coverage, FirstCare will coordinate Our benefits with the plan(s) according to the Coordination of Benefits rules outlined below. FirstCare may seek reimbursement from any plan(s) for the cost of services provided. However, We will not seek reimbursement that exceeds this Plan's financial responsibility. It is Your responsibility to ensure that all procedures are properly authorized in advance by FirstCare and to provide FirstCare with information that will assist Us in determining Coordination of Benefit obligations.

The rules establishing the order of benefit determination between FirstCare and any other plan covering You on whose behalf a claim is made are as follows:

- Whenever a plan does not contain a Coordination of Benefits provision, that plan must be primary. The primary plan pays benefits before the secondary plan pays. When FirstCare is determined to be the secondary plan based on the Coordination of Benefits rules described in this section, then FirstCare will calculate the benefits it would have paid on the claim in the absence of other health care coverage and apply that calculated amount to any allowable expense under its plan that is unpaid by the primary plan. The secondary plan may reduce its payment by the amount that, when combined with the amount paid by the primary plan, results in the total benefits paid or provided by all plans for the claim equaling 100 percent of the total allowable expense for that claim. In addition, the secondary plan must credit to its plan Deductible any amounts it would have credited to its Deductible in the absence of other health plan.
- Whenever a plan contains a Coordination of Benefits provision, benefits will be determined according to the Rules of Coordination below.
- When a FirstCare Member has other coverage that is primary, FirstCare will provide secondary coverage only when those services are pre-authorized through Our Medical Services Department. It is Your responsibility to contact the Customer Service Department to assure prior authorization has been obtained for any referral to Fa Physician, a professional, or a Facility.
- Whenever a plan is not a closed panel plan, that plan must pay or provide benefits as if it were the primary when You use a noncontract provider or Physician, except for Emergency Services or authorized referrals that are paid or provided by the primary plan. A "Closed Panel plan" is a plan that provides benefits to covered persons primarily in the form of services through a panel of providers and Physicians that have contracted with or are employed by the plan and that excludes coverage for services provided by other providers and Physicians, except in cases of emergency or referral by a panel member.
- When multiple plans providing coordinated coverage are treated as a single plan, this section applies only to the plan as a whole, and coordination among the component plans is governed by the terms of the plans. If more than one plan pays or provides benefits under the plan, The plan designated as primary within the plan must be responsible for the plan's compliance with this section
- If You are covered by more than one secondary plan, the order of benefit determination rules of this section decide the order in which secondary plans' benefits are determined in relation to each other. Each secondary plan must take into consideration the benefits of the primary plan or plans and the benefits of any other plan that, under the rules of this section, has its benefits determined before those of that secondary plan.
- If the rules described in this section do not determine the order of benefits, the Allowable Amounts must be shared equally between other plans. In addition, This Plan will not pay more than it would have paid had it been the primary plan.
- Coverage that is obtained by virtue of membership in a group that is designed to Supplement a part of a basic package of benefits and provides that this supplementary coverage must be excess to any other parts of the plan provided by the contract holder. Examples of these types of situations are major medical coverage that are superimposed over base plan Hospital and surgical benefits, and insurance type coverages that are written in connection with a closed panel plan to provide out-of-network benefits.

Rules of Coordination

Rules establishing the order of benefit determination as to a Member's claim for the purposes of this section are as follows:

1. Non-Dependent/Dependent

The benefits of the plan which covers You as a Subscriber are determined before those of the plan which covers You as a Dependent except, if You are also a Medicare beneficiary and as a result of the rule established by Title XVIII of the Social Security Act and implementing regulations, Medicare is:

- Secondary to the plan covering You as a Dependent; and
- Primary to the plan covering You as other than a Dependent (for example, a retired employee), then the benefits of the plan covering You as a Dependent are determined before those of the plan covering You as other than a Dependent.

2. Dependent Child Covered Under More Than One Plan

Unless there is a court order stating otherwise, plans covering a Dependent child must determine the order of benefits using the following rules that apply:

a. For a Dependent child whose parents are married or living together, whether or not they have ever been married:

- The benefits of the plan of the parent whose birthday falls earlier in a year are determined before those of the plan of the parent whose birthday falls later in that year; but
- If both parents have the same birthday, the benefits of the plan that covered one parent longer are determined before those of the plan that covered the other parent for a shorter period of time.

b. For a Dependent child whose parents are divorced, separated, or not living together, whether or not they have ever been married:

- If a court order states that one of the parents is responsible for the Dependent child's health care expenses or health care coverage and the plan of that parent has actual knowledge of those terms, that plan is primary. If the parent with responsibility has no health care coverage for the Dependent child's health care expenses, and that parent's spouse does, then the spouse's plan is the primary plan. This clause must not apply with respect to any plan year during which benefits are paid or provided before the entity has actual knowledge of the court order provision.
- If a court order states that both parents are responsible for the Dependent child's health care expenses or health care coverage, the provisions of (B)(2)(a) must determine the order of benefits.
- If a court order states that the parents have joint custody without specifying that one parent has responsibility for the health care expenses or health care coverage of the Dependent child, the provisions of (B)(2)(a) must determine the order of benefits.
- If there is no court order allocating responsibility for the Dependent child's health care expenses or health care coverage, the order of benefits for the child are as follows:

  1. First, the plan covering the custodial parent;
  2. Then, the plan covering the spouse of the custodial parent;
  3. Then, the plan covering the noncustodial parent;
  4. Finally, plan covering the spouse of the noncustodial parent

- For a Dependent child covered under more than one plan of individuals who are not the parents of the child, the provisions of (B)(2)(a) or (B)(2)(b) must determine the order of benefits as if those individuals were the parents of the child.
- For a Dependent child who has coverage under either or both parents plans and has his or her own coverage as a Dependent under a spouse's plan (B)(5) applies.
- In the event the Dependent child's coverage under the spouse's plan began on the same date as the Dependent child's coverage under either or both parents' plans, the order of benefits must be determined by applying the birthday rule in (B)(2)(a) to the Dependent child's parent(s) and the Dependent's spouse
- In the event none of the provisions listed above determines the order of benefits, the allowable expenses must be shared equally between plans.

3. Active/Retired or Laid-off Employee

The benefits of a plan which covers a Member as an employee, who is neither laid off nor retired, are determined before those of a plan which covers that Member as a laid off or retired employee. The same would hold true if a Member is a Dependent of an active employee and that same Member is a Dependent of a retired or laid-off employee, If the other plan does not have this rule, and if as a result, the plans do not agree on the order of benefits, this rule is ignored. This rule does not apply if (B)(1) of this section can determine the order of benefits.

4. COBRA or State Continuation Coverage

If a Member whose coverage is provided under a right of continuation pursuant to federal or state law and is also covered under another plan, the following shall be the order of benefit determination:

- The benefits of a plan covering the Member as a Subscriber (or as that Subscriber's Dependent); and
- The benefits under the continuation coverage.

If the other plan does not have the rule described above, and if as a result, the plans do not agree on the order of benefits, this rule is ignored. This rule does not apply if (B) (1) of this section can determine the order of benefits

5. Longer/Shorter Length of Coverage

If none of the above rules determine the order of benefits, the benefits of the plan that covered a Subscriber or Member longer are determined before those of the plan that covered that Member for the shorter term.

To determine the length of time a Member has been covered under a plan, two successive plans must be treated as one if the Member was eligible under the second plan within 24 hours after the first plan ended.

The start of a new plan does not include:

- A change in the amount or scope of a plan's benefits;
- A change in the entity that pays, provides, or administers the plan's benefits; or
- A change from one type of plan to another, such as, from a single employer plan to a multiple employer plan.

The Member's length of time covered under a plan is measured from the Member's first date of coverage under that plan. If that date is not readily available for a group plan, the date the person first became a Member of the group must be used as the date from which to determine the length of time the claimant's coverage under the present plan has been in force.

6. Employer Providers

Benefits which are provided directly through a specified provider of an employer, shall in all cases be primary before the benefits of this Evidence of Coverage.

7. Military Providers

Services and benefits for military personnel for which a Member is legally entitled and for which facilities are reasonably available, shall in all cases be primary before the benefits of this Evidence of Coverage, if We approve such services in advance. Otherwise, no benefits will be payable.

8. Release of Information

For purposes of this Evidence of Coverage, FirstCare may, subject to applicable confidentiality requirements set forth in this Evidence of Coverage, release to or obtain from any insurance company or other organization necessary information to implement these Coordination of Benefit provisions. Any Member claiming benefits under this Evidence of Coverage must furnish to FirstCare all information deemed necessary by it to implement these Coordination of Benefits provisions.

9. Recovery of Payments

Whenever payments have been made by FirstCare with respect to allowable expenses in a total amount, at any time, in excess of the maximum amount of payment required in accordance with the Coordination of Benefits provisions of this section, then FirstCare shall have the right to recover such payment to the extent of such excess from among one or more of the following as FirstCare shall determine:

- Any person or persons to, or for, or with respect to whom such payments were made; and
- Any insurance company or companies (or any other organization or organizations) to which such payments were made, including, but not limited to Personal Injury Protection (PIP) benefits, No-fault benefits, Medical Payment (Med Pay), Uninsured Motorist, Liability and Umbrella coverage.

10. On-The-Job Injury/Illness

In the event services are provided or payments are made by FirstCare for work-related injuries or illnesses sustained by a Member or such services are determined to be covered by a Workers' Compensation System or any other insurance, FirstCare shall have the right to recover the Non-Participating Provider Reimbursement (NPPR) Amounts for such services provided or the payments made by FirstCare from the third party payer. It is understood that coverage under this Evidence of Coverage is not in lieu of, and shall not affect, any benefits or requirements for coverage under an applicable Workers' Compensation System(s) or under any other applicable insurance coverage.

Subrogation, Reimbursement and/or Third Party Responsibility

1. Subrogation

If the Plan pays or provides benefits for You or Your Dependents, the Plan is subrogated to all rights of recovery which You or Your Dependent have in contract, tort, or otherwise against any person, organization, or insurer for the amount of benefits the plan has paid or provided. That means the Plan may use Your rights to recover money through judgment, settlement, or otherwise from any person, organization, or insurer. For the purposes of this provision, subrogation means the substitution of one person or entity (the Plan) in the place of another (You or Your Dependent) with reference to a lawful claim, demand or right, so that he or she who is substituted succeeds to the rights of the other in relation to the debt or claim, and its rights or remedies.

Except where subrogation rights are precluded by factual circumstances, the plan will have a right of reimbursement. If You or Your Dependent recover money from any person, organization, or insurer for an injury or condition for which the Plan paid benefits, You or Your Dependent agree to reimburse the Plan from the recovered money for the amount of benefits paid or provided by the plan. That means, subject to Title 6, Chapter 140 of the Texas Civil Practice and Remedies Code that You or Your Dependent will pay to the Plan the amount of money recovered by You through judgment, settlement or otherwise from the third party or their insurer, as well as from any person, organization or insurer, up to the amount of benefits paid or provided by the plan.

You or Your Dependent agree to promptly furnish to the Plan all information which You have concerning your rights of recovery from any person, organization, or insurer and to fully assist and cooperate with the plan in protecting and obtaining its reimbursement and subrogation rights. You, Your Dependent or your attorney will notify the Plan before settling any claim or suit so as to enable us to enforce our rights by participating in the settlement of the claim or suit. You or Your Dependent further agree not to allow the reimbursement and subrogation rights of the plan to be limited or harmed by any acts or failure to act on your part.

2. Right of Reimbursement

a. If We pay benefits and You recover or are entitled to recover benefits from other coverage or from any legally responsible party, We have the right to recover from You the amount We have paid.
b. You must notify Us, in writing, within 31 days of any benefit payment, settlement, compromise or judgment. If You waive or impair our right to reimbursement, We will suspend payment of past or future services until all outstanding lien(s) are resolved
c. If You recover payment from and release any legally responsible party for future medical expenses relating to an illness or bodily injury, We shall have a continuing right to seek reimbursement from You. This right, however, shall apply only to the extent allowed by law.
d. This reimbursement obligation exists in full regardless of whether the settlement, compromise, or judgment designates the recovery as including or excluding medical expenses.

3. Our Right of Subrogation

To the extent allowed by Texas law, We have the right to recover payments acquired by You against any person or organization for negligence or any willful act resulting in illness or bodily injury to the extent we have paid for services. As a condition of receiving benefits from Us, You agree to assign to us any rights You may have to make a claim, take legal action or recover any expenses paid for benefits covered under this Contract.

If We are precluded from exercising our right of subrogation, We may exercise our right of reimbursement.

4. Excess Insurance

Whenever payments have been made under this Plan with respect to Health Care Services in a total amount in excess of the maximum amount of payment necessary to satisfy the intent of this provision, the Plan reserves the right to recover such excess payments from any party to whom or on behalf of whom such payments were made, including:

- The persons to or for whom it has provided such benefits (but only to the extent that person has received payment from another Plan for a service or supply provided under This Plan);
- Insurance companies;
- Other organizations.

The “amount of the payments made” includes the reasonable cash value of the benefits provided in the form of services.

5. Wrongful Death

In the event that the Member(s) dies as a result of his or her injuries and a wrongful death or survivor claim is asserted against a third party or any Coverage, the Plan's subrogation and reimbursement rights shall still apply.

6. Obligations

a. It is Your obligation at all times, both prior to and after payment of medical benefits by the Plan, to a reasonable extent:

- To cooperate with the Plan, or any representatives of the Plan, in protecting its rights, including discovery, attending depositions, and/or cooperating in trial to preserve the Plan's rights;
- To provide the Plan with pertinent information regarding the sickness, disease, disability, or injury, including accident reports, settlement information and any other requested additional information;
- To take such action and execute such documents as the Plan may require to facilitate enforcement of its subrogation and reimbursement rights;
- To do nothing to prejudice the Plan's rights of subrogation and reimbursement;
- To promptly reimburse the Plan when a recovery through settlement, judgment, award or other payment is received; and
- To not settle or release, without the prior consent of the Plan, any claim to the extent that the Plan Beneficiary may have against any responsible party or Coverage.

b. If the Member(s) and/or his or her attorney fails to reimburse the Plan for all benefits paid or to be paid, as a result of said injury or condition, out of any proceeds, judgment or settlement received, the Member(s) will be responsible for any and all expenses (whether fees or costs) associated with the Plan's attempt to recover such money from the Member(s).

c. The Plan's rights to reimbursement and/or subrogation are in no way dependent upon the Member(s)' cooperation or adherence to these terms.

7. Minor Status

In the event the Member(s) is a minor as that term is defined by applicable law, the minor's parents or court-appointed guardian shall cooperate to a reasonable extent in any and all actions by the Plan to seek and obtain requisite court approval to bind the minor and his or her estate insofar as these subrogation and reimbursement provisions are concerned.

8. Severability

In the event that any section of this provision is considered invalid or illegal for any reason, said invalidity or illegality shall not affect the remaining sections of this provision and Plan. The section shall be fully severable. The Plan shall be construed and enforced as if such invalid or illegal sections had never been inserted in the Plan.

SECTION 9 – MEMBER COMPLAINT AND APPEAL PROCEDURE

A *Complaint* means any dissatisfaction expressed by You, or anyone acting on Your behalf, orally or in writing to Us with any aspect of Our operation, including but not limited to, dissatisfaction with plan administration, procedures related to review or appeal of an Adverse Benefit Determination, the denial, reduction or termination of a service for reasons not related to Medical Necessity, the way a service is provided, or disenrollment decisions. The term does not include a misunderstanding or a problem of misinformation that is resolved promptly by clearing up the misunderstanding or supplying the appropriate information to Your satisfaction and does not include a Participating Provider's or Your oral or written dissatisfaction or disagreement with an Adverse Benefit Determination. A Complaint filed concerning dissatisfaction or disagreement with an Adverse Benefit Determination constitutes an appeal of that Adverse Benefit Determination. You will have 180 days following receipt of a notification of an adverse benefit determination within which to appeal the determination.

Complaint Procedure

If You notify Us orally or in writing of a Complaint, We will not later than the fifth business day after the date of the receipt of the Complaint, send to You a letter acknowledging the date We received Your Complaint. We will enclose a one-page Complaint form that we encourage you to complete and return to Us for prompt resolution.

Complaints should be directed to the Customer Service Department at 1-855-572-7238 or in writing to:

SHA, L.L.C. dba FirstCare
ATTN: Complaints and Appeals
12940 N. HWY 183
Austin, TX. 78750

After receipt of the written Complaint or one-page Complaint form from You, We will investigate and send You a letter with Our resolution. The total time for acknowledging, investigating and resolving Your Complaint will not exceed 30 calendar days after the date We receive Your Complaint.

Your Complaint concerning an emergency or denial of continued stay for hospitalization will be resolved within 24 hours from the time of receipt of Your Complaint. The investigation and resolution shall be concluded in accordance with the medical immediacy of the case.

You may use the Appeals Process to resolve a dispute regarding the resolution of Your Complaint.

Complaint Appeal Procedure

If the Complaint is not resolved to Your satisfaction, You have the right either to appear in person before a Complaint Appeal Panel where You normally receive health care services, unless another site is agreed to by You, or to address a written appeal to the Complaint Appeal Panel.

We shall send an acknowledgment letter to You not later than the fifth business day after the date of receipt of the request for appeal.

We shall appoint Members to the Complaint Appeal Panel, which shall advise Us on the resolution of the dispute. The Complaint Appeal Panel shall be composed of an equal number of Our staff, Physicians or other providers, and Members.

Not later than the fifth business day before the scheduled meeting of the panel, unless You agree otherwise, We shall provide to You or Your designated representative:

- Any documentation to be presented to the panel by Our staff;
- The specialization of any Physicians or providers consulted during the investigation; and

- The name and affiliation of each of Our representatives on the panel.

You or a designated representative is entitled to:

- Appear in person before the Complaint Appeal Panel;
- Present alternative expert testimony; and
- Request the presence of and question any person responsible for making the decision that resulted in the appeal.

Once the appeal panel has heard the Complaint's case, they will make a recommendation. If their recommendation is to overturn the Complaint decision, then the case and the panel's recommendation is forwarded to the Executive Appeal Panel for review and a final decision to ensure that policies and procedures are being followed and considered in the final decision.

Written notification of Our final decision on the appeal will be provided no later than the 30th calendar day after the date We received the appeal. However, You may waive the 30th calendar day requirement if You are unable to schedule a timely appeal panel. If the appeal is denied, the written notification shall include a clear and concise statement of:

- The clinical basis for the appeal's denial;
- The contractual criteria used;
- Notice of Your right to seek review of the denial by an Independent Review Organization (IRO), and the procedures for obtaining that review; and
- The notice will also include the toll-free telephone number and address of the Texas Department of Insurance.

Adverse Benefit Determination Appeal Procedure

In the event of an Adverse Benefit Determination, notification will include:

- The principal reasons for the Adverse Benefit Determination.
- The clinical basis for the Adverse Benefit Determination.
- A description or source of the screening criteria that were utilized as guidelines in making the determination.
- The specialty of the Physician making the denial.
- Notification of the right to appeal an Adverse Benefit Determination internally to FirstCare and externally to an Independent Review Organization.
- Notification of the procedures for appealing an Adverse Benefit Determination internally and/or to an Independent Review Organization.
- Notification to the Member who has a Life-Threatening condition of the Member's right to an immediate review by an Independent Review Organization and the procedure to obtain that review.
- A procedure for an expedited internal appeal of a denial of prescription drugs or intravenous infusions for which You are receiving benefits under the Plan will be resolved within one business day. The procedure includes a review by a health care provider who:
    1) has not previously reviewed the case; and
    2) is of the same or a similar specialty as the health care provider who would typically manage the medical condition, procedure, or treatment under review in the appeal.
- Immediate appeal to an Independent Review Organization for denial of Prescription Drugs or intravenous infusions. Notwithstanding any other law, in a circumstance involving the provision of Prescription Drugs or intravenous infusions for which the patient is receiving benefits under the Evidence of Coverage, the enrollee is:

1. Entitled to an immediate appeal to an Independent Review Organization; and
2. Not required to comply with procedures for an internal review of the Utilization Review Agent's Adverse Benefit Determination

- Information about the availability of, and contact information for, the Consumer Assistance desk at the Texas Department of Insurance.
- Statement that You are entitled to receive reasonable access to/copies of documents, records and other information relevant to the Adverse Benefit Determination.

You, a person acting on Your behalf, Your Physician, or Participating Provider may appeal an Adverse Benefit Determination orally or in writing.

We shall send an acknowledgment letter to You not later than the fifth business day after the date of receipt of the request for appeal. We will outline a list of documents that You must submit for review by the Utilization Review Agent.

Investigation and resolution of appeals relating to ongoing emergencies or denials of continued stays for hospitalization shall be conducted in accordance with the medical immediacy of the case but in no event to exceed 24 hours after Your request for appeal.

Due to the ongoing emergency or continued Hospital stay, and upon Your Appeal, We shall provide a review by a Physician or provider who has not previously reviewed the case and is of the same or similar specialty as typically manages the medical condition, procedure, or treatment under discussion for review of the appeal.

The Physician or provider reviewing the appeal may interview You or Your designated representative and shall render a decision on the appeal. Initial notice of the decision may be delivered orally if followed by written notice of the determination within three days.

Written notification of Our final decision on the appeal will be provided no later than the 30th calendar day after the date We received the appeal. If the appeal is denied the written notification shall include a clear and concise statement of:

- The clinical basis for the appeal's denial.
- The specialty of the Physician making the denial.
- Notice of Your right to seek review of the denial by an Independent Review Organization and the procedures for obtaining that review.

Filing Complaints with the Texas Department of Insurance

Any person, including persons who have attempted to resolve Complaints through Our Complaint system process and who are dissatisfied with the resolution, may report an alleged violation to:

Consumer Protection, MC 111-1A
Texas Department of Insurance
P.O. Box 149104
Austin, Texas 78714-9104

The commissioner shall investigate a Complaint against Us to determine compliance within 60 days after the Texas Department of Insurance's receipt of the Complaint and all information necessary for the Department to determine compliance. The commissioner may extend the time necessary to complete an investigation in the event any of the following circumstances occur:

- Additional information is needed;
- An on-site review is necessary;

- We, the Physician or provider, or You do not provide all documentation necessary to complete the investigation; or
- Other circumstances beyond the control of the Texas Department of Insurance occur.

Appeals to an Independent Review Organization (IRO)

Medical Appeals

In a circumstance involving a Life-Threatening condition, You are entitled to an immediate appeal to an Independent Review Organization and are not required to comply with procedures for an internal review of Our Adverse Benefit Determination.

Denials for Medically Necessary or Experimental/Investigational treatments or procedures are eligible for review by an Independent Review Organization (IRO).

Any party whose appeal of an Adverse Benefit Determination is denied by Us, may seek review of that determination by an Independent Review Organization assigned to the appeal as follows:

- We shall provide to You, Your designated representative, and/or Your provider of record, information on how to appeal the denial of an Adverse Benefit Determination to an Independent Review Organization.
- We must provide such information to You, Your designated representative, and/or Your provider of record at the time of the denial of the appeal.
- We shall provide to You, Your designated representative, and/or Your provider of record the prescribed form.
- You, Your designated representative, and/or Your provider of record must complete the form and return it to Us to begin the independent review process.

With respect to a standard external review, a final decision written notice will be provided to the health plan and the claimant by the Independent Review Organization within 45 days after the IRO receives the request. With respect to an expedited external review, a final decision written notice will be provided as prompt as the claimant's medical condition or circumstances require, but in no event more than 72 hours after the IRO receives the request.

The appeal process does not prohibit You from pursuing other appropriate remedies including injunctive relief, a declaratory judgment, or relief available under law, if the requirement of exhausting the process for appeal and review places Your health in serious jeopardy.

FirstCare will not take any retaliatory action, such as refusing to renew or canceling coverage, against You because You, or any person acting on Your behalf, has filed a Complaint against FirstCare or appealed a decision made by FirstCare.

Pharmacy Appeals

Where a medication is not covered on the Formulary or awaiting Formulary review, an exception prior authorization allows clinical review for Medical Necessity and coverage.

Exigent circumstances exist when a Member is suffering from a health condition that may seriously jeopardize the Member's life, health, or ability to regain maximum function or when a Member is undergoing a course of treatment using a Non-Formulary drug.

If We deny a request for a standard exception or for an expedited exception, the Member, the Member's designee, or the Member's prescribing Physician (or other prescriber) may submit a request that the original

exception request and subsequent denial of such request be reviewed by an Independent Review Organization.

The Independent Review Organization will make a determination on the external exception request and notify the Member, the Member's designee, or the Member's prescribing Physician (or other prescriber, as appropriate) of the coverage determination no later than 72 hours following the receipt of the request, if the original request was a standard exception request and no later than 24 hours following the receipt of the request if the original request was an expedited exception request.

If We grant an external exception review of a standard exception request, We will provide coverage of the Non-Formulary drug for the duration of the prescription. If We grant an external exception review of an expedited exception request, We will provide coverage of the Non-Formulary drug for the duration of the exigency.

SECTION 10 – MISCELLANEOUS PROVISIONS

Entire Evidence of Coverage

This booklet, including any attachments and amendments hereto, and Your (including Your Dependents, if any) enrollment form(s) constitute the entire contract between FirstCare and You (and Your covered Dependents), and as of the effective date of Your coverage, this Evidence of Coverage supersedes all other agreements.

Change in Premium Upon Notice

We accept premium payments directly from You. The Exchange may offer You a choice of multiple payment options, which may include an electronic payment option. If You receive advance payment of premium tax credits, We will receive payments from two different sources (i.e., the Treasury Department and either You or the Exchange) on Your behalf.

We reserve the right to adjust the premium on each anniversary date of this Evidence of Coverage upon 60 days' notice to You. See Section 7*, Premiums and Termination of Coverage* for more details.

Cancellation

Except as otherwise provided herein, FirstCare (and the Exchange, if applicable to You) will not have the right to cancel Your coverage if the following requirements are met:

- You and Your Dependents, if any, remain eligible for coverage in accordance with this Evidence of Coverage; and
- All applicable premiums have been paid in accordance with this Contract.

Authority

No agent or employee of FirstCare is authorized to change the form or content of this Contract other than to make necessary and proper insertions in blank spaces. Any changes to the form or content of this Evidence of Coverage may only be made through proper endorsement signed by an authorized officer of FirstCare. No agent, employee, or other person, except an authorized officer of FirstCare, has the authority to waive any terms, provisions, conditions, or restrictions of this Evidence of Coverage.

If You purchased this Plan through the Exchange, in no event shall FirstCare be considered the agent of the Exchange or be responsible for the Exchange. All information You provide to the Exchange and received by FirstCare from the Exchange will be relied upon as accurate and complete. You will promptly notify the Exchange and FirstCare of any changes to such information.

Authorization to Examine Health Records

You and Your Dependents, if any, expressly consent to and expressly authorize, to the fullest extent permitted by applicable law, any and all Physicians and health care providers who provide care to any of You to permit the examination and copying of any portion of such provider's medical and other records pertaining to any of You by FirstCare, upon request by FirstCare without need of further authorization from any of You.

Notice of Claim

It is not expected that You will make payment for Covered Health Services, other than required Copayments. However, if You pay for Covered Health Services in addition to the required Copayment(s), You must file a claim with Us within 180 days from the date You incurred Covered Health Services, unless You can document as soon as reasonably possible after the 180-day period, to Our satisfaction, good cause why such claim could not be filed within such 180-day period. Provided, however, reimbursement shall not be

allowed if a claim is made beyond one year from the date such Covered Health Services were first incurred. We will provide forms for the submission of written proof of payment. You may contact Our Customer Service Department at 1-855-572-7238.

Payment of Claims

Payment of claims to You will be handled as follows:

Not later than the 15th day after We receive a claim from You, We will:

- Acknowledge receipt of the claim;
- Commence any investigation of the claim; and
- Request information, statements, and forms from You as deemed necessary. Additional requests may be made during the course of the investigation.

Not later than the 15th day after receipt of all requested items and information, FirstCare will:

- Notify You of the acceptance or rejection of the claim and the reason if rejected; or
- Notify You that additional time is needed and state the reason. Not later than the 45th day after the date of notification of the additional time requirement, We shall accept or reject the claim.

Claims will be paid no later than the fifth day after notification of acceptance of the claim.

Legal Action

No action at law or in equity shall be brought to recover under this Evidence of Coverage prior to the expiration of 60 days after proof of loss has been filed in accordance with the requirements of this Evidence of Coverage, nor shall such action be brought at all, unless brought within three years from the expiration of the time within which notice of claim is required by this Evidence of Coverage.

Notice

Any notice required by or given involving this Evidence of Coverage may be given by personal delivery, telephone facsimile transmission, overnight delivery service or United States mail, first class, or postage prepaid, addressed as follows:

FirstCare
SHA, L.L.C.
12940 N Highway 183
Austin, Texas 78750

And if to a Member, at the last address specified in the corporate records of FirstCare.

Interpretation of this Evidence of Coverage

"Evidence of Coverage" means any certificate, agreement, or contract including amendments and attachments, and to include a blended contract, that: (A) is issued to You; and (B) states the coverage to which You are entitled. Texas Health Maintenance Organization Act Sec. 843.002(9).

The laws of the State of Texas shall be applied to the interpretation and construction of this Evidence of Coverage. Any provision contained in this Evidence of Coverage not in conformity with the Texas Health Maintenance Organization Act, or other applicable Texas laws shall not be rendered invalid but shall be construed and applied as if it were in full compliance with the Act and such other applicable Texas laws.

Assignment

This Evidence of Coverage is not assignable by You, Your Dependents, if any, without the written consent of FirstCare. Likewise, the coverage and benefits provided by this Evidence of Coverage are not assignable without the written consent of FirstCare.

Gender

The use of any gender in this Evidence of Coverage shall be deemed to include and reference the other genders, and likewise, use of the singular tense shall be deemed to include the plural and vice versa.

Modifications

This Contract/Evidence of Coverage shall be subject to amendment, modification, or termination without the consent of any Member when required by law or regulatory order. In all other cases, We will provide 60 days advance written notice to You before the effective date of any material modification to this Contract, including changes in preventive care. You must provide Us 30 days' prior written notice of Your cancellation of this Contract resulting from a material change to the Contract.

Clerical Error

Clerical error, whether made by the Subscriber or FirstCare or the Exchange, in keeping records pertaining to the coverage of Members under this Evidence of Coverage, will not invalidate coverage otherwise validly in force or continue coverage otherwise validly terminated.

Headings and Captions

The headings and captions used in this Evidence of Coverage are provided for purposes of reference and convenience only and shall not be used in continuing or interpreting this Evidence of Coverage.

Incontestability

All statements made by the Subscriber on the enrollment application shall be considered representations and not warranties. The statements are considered to be truthful and are made to the best of the Subscriber's knowledge and belief. A statement may not be used in a contest to void, cancel, or non-renew an enrollee's coverage or reduce benefits unless:

- It is in a written enrollment application signed by the Subscriber; and
- A signed copy of the enrollment application is or has been furnished to the Subscriber or the Subscriber's personal representative.

We may only contest an individual contract because of fraud or intentional misrepresentation of material fact made on the enrollment application.

Premium Rebates and Premium Abatements

1. Rebate

In the event federal or state law requires FirstCare to rebate a portion of annual Premiums paid, FirstCare will directly provide any rebate owed Subscribers or former Subscribers to such persons in amounts as required by law.

If any rebate is owed a Subscriber or former Subscriber, FirstCare will provide the rebate to the Subscriber or former Subscriber no later than August 1 following the end of the medical loss ratio ("MLR") reporting year.

FirstCare will provide any rebate owed to a Subscriber in the form of a Premium credit, lump-sum check or, if a Subscriber paid the premium using a credit card or direct debit, by lump-sum reimbursement to the account used to pay the Premium. However, FirstCare will provide any rebate owed to a former Subscriber in the form of lump-sum check or lump-sum reimbursement using the same method used for payment, such as credit card or direct debit.

If a rebate is provided in the form of a Premium credit, FirstCare will provide any rebate by applying the full amount due to the first Premium payment due on or after August 1 following the end of the MLR reporting year. If the rebate owed is greater than the Premium due, FirstCare will apply any overage to succeeding Premium payments until the full amount of the rebate has been credited.

At the time any rebate is provided, FirstCare will provide to each FirstCare Subscriber or former Subscriber who receives a rebate a notice containing at least the following information:

- A general description of the concept of a MLR;
- The purpose of setting a MLR standard;
- The applicable MLR standard;
- FirstCare's MLR;
- FirstCare's aggregate premium revenue as reported under federal MLR regulations (minus any federal and state taxes and licensing and regulatory fees that may be excluded from premium revenue under those regulations); and
- The rebate percentage and amount owed based upon the difference between the FirstCare's MLR and the applicable MLR standard.

2. Abatement

FirstCare may from time to time determine to abate (in whole or in part) the Premium due under this Evidence of Coverage for particular period(s).

Any abatement of premium by FirstCare represents a determination by FirstCare not to collect Premium for the applicable period(s) and does not effect a reduction in the rates under this contract. An abatement for one period shall not constitute a precedent or create an expectation or right as to any abatement in any future period(s).

FirstCare makes no representation or warranty that any rebate or abatement owed or provided is exempt from any federal, state, or local taxes (including any related notice, withholding or reporting requirements). It will be the obligation of each Subscriber or former Subscriber (if applicable) owed or provided a rebate or an abatement to determine the applicability of and comply with any applicable federal, state or local laws or regulations.

Actuarial Value

The use of a metallic name, such as Platinum, Gold, Silver or Bronze, or other statements with respect to a benefit plan's actuarial value, is not an indicator of the actual amount of expenses that a particular person will be responsible to pay out of his/her own pocket. A person's out of pocket expenses will vary depending on many factors, such as the particular health care services, health care providers and particular benefit plan chosen. Please note that metallic names reflect only an approximation of the actuarial value of a particular benefit plan.

SECTION 11 – DEFINITIONS

This section provides definitions for some of the terms used in this document.

Acquired Brain Injury: A neurological insult to the brain, which is not hereditary, congenital, or degenerative. The injury to the brain has occurred after birth and results in a change in neuronal activity, which results in an impairment of physical functioning, sensory processing, cognition, or psychosocial behavior.

Adverse Benefit Determination: Denials that involve medical judgment (including, but not limited to, those based on the Plan's requirements for Medical Necessity, appropriateness, health care setting, level of care, or effectiveness of a covered benefit; or its determination that a treatment is experimental or investigational) and rescissions of coverage (whether or not the rescission has any effect on any particular benefit at that time).

Ancillary Provider: A provider with whom a PCP may be required to consult and/or coordinate regarding certain Covered Health Services on behalf of a Member.

Annual Maximum: The Annual Maximum amount for Non-Essential Health Benefits that We will pay for any Member under all health plans issued by Us providing Covered Health Services for the Plan Year span of any Insured. When this maximum is reached, coverage for such Member will end for such Non-Essential Health Benefits.

Autism Spectrum Disorder means a neurobiological disorder that includes autism, Asperger's syndrome, or Pervasive Development Disorder – Not Otherwise Specified.

Brand Name Drug means a drug that has no Generic Equivalent or a drug that is the innovator or original formulation for which the Generic Equivalent forms exist.

Calendar Year: The Calendar Year starting on January 1st and continuing through December 31st.

Cancer Chemotherapy: Any medication used to directly treat cancer. Medications used as supportive therapy (i.e., anti-nausea, etc.) are not included in this definition. A list of these medications will be maintained by the FirstCare Pharmacy and Therapeutics Committee.

Chemotherapy Associated Agents: Any medication used as supportive therapy for Cancer Chemotherapy administered at the time of chemotherapy administration. Medications used as supportive therapy not administrated at the time of chemotherapy infusion will be covered only as described in Section 3*, What is Covered, Prescription Drug Services*, of this Contract.

Cognitive Communication Therapy: Services designed to address modalities of comprehension and expression, including understanding, reading, writing, and verbal expression of information.

Cognitive Rehabilitation Therapy: Services designed to address therapeutic cognitive activities, based on an assessment and understanding of the individual's brain-behavioral deficits.

Community Reintegration Services: Services that facilitate the continuum of care as an affected individual transitions into the community.

Complaint: See Section 9*, Member Complaint and Appeal Procedure* for a complete definition and description.

Complications of Pregnancy: Medical conditions that require inpatient care before the end of the pregnancy or that endanger the pregnancy or that are aggravated by the pregnancy. Complications of Pregnancy are conditions requiring diagnoses that are distinct from pregnancy but that are adversely affected by pregnancy, including but not limited to:

- Acute nephritis;
- Nephrosis;
- Cardiac decompensation;

- Missed abortion;
- Termination of pregnancy by non-elective cesarean section;
- Termination of ectopic pregnancy;
- Spontaneous termination of pregnancy when a viable birth is not possible; and
- Similar medical and surgical conditions of comparable severity.

The following conditions are not considered Complications of Pregnancy:

- False labor;
- Occasional spotting;
- Health Care Provider prescribed rest during pregnancy; and
- Morning sickness.

Complications of Pregnancy are treated as any other Illness.

Compound Medications: When two or more drugs or chemicals are combined to make one medicinal product.

Contract Month: The period of each succeeding month beginning on the Plan effective date.

Contract Year: The 12-month period beginning with the effective date of the Plan and each succeeding 12-month period thereafter that the Plan is effective.

Copayment: The amount You are required to pay to a Participating Provider or other authorized provider in connection with the provision of Covered Health Services. The Copayment amounts are indicated in the Schedule of Copayments.

Cost-Sharing Reduction (CSR): Subsidies that reduce Out-of-Pocket liability for Members who meet certain financial criteria and select “silver” health plans on the Exchange.

Covered Drugs means those medications prescribed by a Physician that, under state or federal law, may be dispensed only by a Prescription Order for a Medically Necessary condition, and active ingredient(s) is/are FDA approved Legend Drug(s) or insulin. The maximum amount dispensed will not exceed an amount required for 30 consecutive days. Some medications for chronic conditions may be filled up to a 90-day supply.

Covered Health Services: Those medical and health care services and items specified and defined in the Schedule of Copayments as being covered services but only when such services and items are Medically Necessary and when they are performed, prescribed, directed, or authorized in accordance with FirstCare's policies and procedures and this Evidence of Coverage.

Crisis Intervention: A short-term process which provides intensive supervision and highly structured activities to the Member who is demonstrating an acute psychiatric crisis of severe proportions, which substantially impairs the Member’s thoughts, perception of reality, and judgment, or which grossly impairs behavior.

Crisis Stabilization Unit: A 24-hour residential program that is usually short-term in nature and provides intensive supervision and highly structured activities to persons who are demonstrating an acute psychiatric crisis of moderate to severe proportions.

Cryotherapy: Also known as cold therapy, Cryotherapy is the treatment of pain and/or inflammation by lowering the temperature of the skin over the affected area.

Custodial Care: Care not given primarily for therapeutic value in the treatment of an Illness or Injury and is provided primarily for the maintenance of the Member, and is essentially designed to assist in the activities of daily living. We and/or an independent medical review board will decide if a service or treatment is Custodial Care.

Dependent: A Member of a Subscriber's family who meets the eligibility requirements specified in Section 2*, Eligibility and Enrollment,* and who has become enrolled as a Member of FirstCare.

DESI Drugs: Any drug targeted in the FDA's Drug Efficacy Study Implementation (DESI) that demonstrates a lack of evidence supporting the drug's efficacy.

Diabetic Equipment means blood glucose monitors, including those designed to be used by blind individuals, insulin pumps and associated attachments, insulin infusion devices, and podiatric appliances for the prevention of diabetic complications. As new or improved diabetes equipment become available and are approved by the United States Food and Drug Administration, such equipment shall be covered if determined to be Medically Necessary and appropriate by a treating Physician or other practitioner through a written order.

Diabetic Supplies means test strips for blood glucose monitors, visual reading and urine test strips, lancets and lancet devices, insulin and insulin analogs, injection aids, syringes for administering insulin, oral agents available with or without a prescription for controlling blood sugar levels, and glucagon emergency kits. As new or improved diabetes supplies, including improved insulin or another prescription drug, become available and are approved by the United States Food and Drug Administration, such supplies shall be covered if determined to be Medically Necessary and appropriate by a treating Physician or other practitioner through a written order.

Diabetes Self-Management Training: Includes (i) Training provided after the initial diagnosis of diabetes, including nutritional counseling and proper use of Diabetes Equipment and Supplies; (ii) additional training authorized on the diagnosis of a significant change in Your symptoms or condition that requires changes to Your self-management regime; and (iii) periodic or episodic continuing education training as warranted by the development of new techniques and treatments for diabetes.

Diagnostic Mammogram means an imaging examination designed to evaluate a subjective or objective abnormality detected by a physician in a breast; an abnormality seen by a physician on a screening mammogram; an abnormality previously identified by a physician as probably benign in a breast for which follow-up imaging is recommended by a physician; or an individual with a personal history of breast cancer.

Deductible: The amount of Covered Services You are responsible for paying each Calendar Year before benefits become payable under this Plan. The Deductible is the amount of Covered Expenses You must pay for each Member before any benefits are available regardless of provider type. If you have several Members, all charges used to apply toward the "per Member" Deductible will apply towards the "per Family" Deductible. When that Family Deductible amount is reached, no further individual Deductible will have to be satisfied for the remainder on that Calendar Year. No Member will contribute more than the individual Deductible amount towards the "per Family" Deductible amount. Copayments not subject to the Deductible do not apply to the Calendar Year Deductible. Please refer to Your Schedule of Copayments for specified Deductible amount.

Emergency Services: As required by the Insurance Code §1271.155 (concerning Emergency Care), emergency services include emergency transport in an emergency medical services vehicle licensed under Health and Safety Code Chapter 773 (concerning Emergency Medical Services), which is considered emergency care if it is provided as part of the evaluation and stabilization of medical conditions of a recent onset and severity, including severe pain, that would lead a prudent layperson possessing an average knowledge of medicine and health to believe that the individual's condition, sickness, or injury is of such a nature that failure to get immediate care through emergency transport could place the individual's health in serious jeopardy, result in serious impairment to bodily functions, result in serious dysfunction of a bodily organ or part, result in serious disfigurement, or for a pregnant woman, result in serious jeopardy to the health of the fetus. Emergency services are covered up to the point of stabilization when they are medically necessary and needed immediately to treat a condition that meets the definition of an emergency condition as described above or a provider directs the patient to go to an emergency care facility. Emergency services are no longer payable as emergency services at the point of the patient's stabilization (as defined in this section).

Essential Health Benefits: The term used to describe health benefits that are comprised of general categories and covered items/services within those categories, as defined by Section 1302(b) of the Patient Protection & Affordable Care Act (PPACA).

Evidence of Coverage: The term used to describe this document along with any attachments and amendments and Your Enrollment Form, which constitute Your contract with FirstCare.

Exchange (also known as health insurance marketplace) means a governmental agency or non-profit entity that meets the applicable Exchange standards, and other related standards established under applicable law, and makes Qualified Health Plans (QHPs) available to qualified individuals and Qualified Employers (as these terms are defined by applicable law). Unless otherwise identified, the term Exchange refers to the Federally-facilitated Exchange on which FirstCare offers this QHP.

Experimental or Investigational means any drug, device, treatment or procedure that would not be used in the absence of the Experimental or Investigational drug, device, treatment or procedure. We consider a drug, device, treatment or procedure to be Experimental or Investigational if:

- It cannot be lawfully marketed without the approval of the U.S. Food and Drug Administration, and approval for marketing has not been given at the time it is provided; or
- It was reviewed and approved by the treating Facility's Institutional Review Board or similar committee, or if federal law requires it to be reviewed and approved by that committee. This exclusion also applies if the informed consent form used with the drug, device, treatment or procedure was (or was requested by federal law to be) reviewed and approved by that committee; or
- Reliable evidence shows that the drug, device, treatment or procedure is the subject of ongoing Phase I or Phase II clinical trials; is the research, experimental, study or investigational arm of ongoing Phase III clinical trials; or is otherwise under study to determine its maximum tolerated dose, its toxicity, its safety, its effectiveness, or its effectiveness compared to a standard method of treatment or diagnosis;
- The safety and/or efficacy has not been established by reliable, accepted medical evidence; or
- Reliable evidence shows that the prevailing opinion among experts is that further studies or clinical trials of the drug, device, treatment or procedure are needed to determine its maximum tolerated dose, its toxicity, its safety, its effectiveness, or its effectiveness compared to a standard method of treatment or diagnosis.

  *"**Reliable evidence**"* includes only published reports and articles in authoritative medical and scientific literature, and written protocols and informed consent forms used by the treating Facility or by another Facility studying substantially the same drug, device, treatment or procedure.

FirstCare: The registered service mark and trade name of the health plan.

Facility means a health care or residential treatment center licensed by the state in which it operates to provide medical inpatient, residential, day treatment, partial hospitalization, or outpatient care. Facility also means a treatment center for the diagnosis and/or treatment of Chemical Dependency or Mental Illness.

Family: You and Your Dependents who are covered under this Evidence of Coverage.

Formulary is a list of Covered Drugs selected by FirstCare Health Plans in consultation with a team of health care professionals that represents the prescription therapies believed to be a necessary part of a value based high quality treatment program.

Freestanding Emergency Medical Care Facility: A Facility, licensed under Health and Safety Code Chapter 254 (concerning Freestanding Emergency Medical Care Facilities), structurally separate and distinct from a Hospital, that receives an individual and provides emergency care as defined in Insurance Code §843.002.

Generic Prescription Drug means a Prescription Drug that is pharmaceutically and therapeutically equivalent to a Brand Name Drug as classified by First Data Bank or other nationally recognized drug classification service.

Grace Period: A period of 31 days after a Premium Due Date, during which premiums may be paid to FirstCare without lapse of Your coverage and that of Your Dependents, if any, under an Evidence of Coverage. If payment is not received within the 31 days, coverage will be canceled and You will be responsible for any cost of services received during the grace period. If You receive advance payment of the premium tax credit and Your premiums are delinquent while at least one month's premium has been paid in full during the benefit year, We must provide a three-month grace period before terminating coverage.We may terminate coverage effective on the first day of the second month of the grace period.

Heritable Disease means an inherited disease that may result in mental or physical retardation or death.

Hospital: An acute care institution licensed by the State of Texas as a Hospital, which is primarily engaged, on an inpatient basis, in providing medical care and treatment of sick and injured persons through medical, diagnostic, and major surgical facilities, under supervision of a staff of Physicians and with 24-hour a day nursing and Physician service; provided, however, it does not include a nursing home or any institution or part thereof which is used principally as a custodial Facility.

Hybrid Injectables: Any injectable defined as a Pharmacy Injectable required to be administered at the time of dialysis or Cancer Chemotherapy infusion. If these medications are not administered at the point of service, and they are Pharmacy Injectables, they are covered as described in Section 3*, What is Covered, Prescription Drug Services*, of this Contract. These drugs will be defined by the Pharmacy and Therapeutics Committee

Independent Review Organization (IRO): An organization selected as provided under the Texas Insurance Code.

Legend Drug means a drug that federal law prohibits dispensing without a written prescription.

Life-Threatening: A disease or condition for which the likelihood of death is probable unless the course of the disease or condition is interrupted.

Lifetime Maximum: The Lifetime Maximum benefit amount for Non-Essential Health Benefits that We will pay for any Member under all health plans issued by Us providing Covered Health Services for the lifetime of any Member. When this maximum is reached, coverage for such Member will end for the Non-Essential Health Benefits.

Maintenance Drug means medication prescribed for a chronic, long-term condition and is taken on a regular, recurring basis.

Mammography: The x-ray examination of the breast using equipment dedicated specifically for Mammography.

Mammography, Breast Tomosynthesis: A radiologic Mammography procedure that involves the acquisition of projection images over a stationary breast to produce cross-sectional digital three-dimensional images of the breast from which applicable breast cancer screening diagnoses may be determined.

Mammography, Digital: Mammography creating breast images that are stored as digital pictures.

Mammography, Low Dose: The x-ray examination of the breast using equipment dedicated specifically for Mammography, including an x-ray tube, filter, compression device, and screens, with an average radiation exposure delivery of less than one rad mid-breast and with two views for each breast.

Medical Director: A Physician designated by FirstCare to monitor appropriate provision of Medically Necessary Covered Health Services to Members in accordance with their applicable Evidences of Coverage.

Medical Injectables: Any medication that is infused via intravenous infusion (IV), injected intramuscularly (IM), where medical supervision is required, or has to be administered at the point of care (i.e.: Dialysis Centers). These drugs will be defined by the FirstCare Pharmacy and Therapeutics Committee.

Medically Necessary or Medical Necessity: The service meets all of the following conditions:

- The service or item is reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of an illness or injury or for a medical condition, such as pregnancy.*
- Is consistent with widely accepted professional standards of medical practice in the United States;
- Is prescribed by a Physician;
- The service is provided in the most cost-efficient way and at an appropriate duration and intensity, while still giving You a clinically appropriate level of care;
- Is not primarily for the personal comfort of the patient, the family, Physician, or other provider of care;
- Is not a part of, or associated with, the scholastic, educational, or vocational training of the patient;
- Is neither Investigative nor Experimental in nature; or
- Is pre-approved, when required by FirstCare.

Not every service that fits this definition is covered under Your Plan. To be covered, a Medically Necessary service must also be described in Section 3*, What Is Covered. The fact that a Physician or other health care provider has performed, prescribed, or recommended a service does not mean it is Medically Necessary or that it is covered under Your Plan.* (*Also see* Section 5*, What Is Not Covered.)*

*The Utilization Review Agent will decide whether a service, equipment, or supply is Medically Necessary, Experimental or Investigational, considering the views of the medical community, guidelines and practices of Medicare and Medicaid, and peer review literature.

Medicare: Title XVIII (Health Insurance for the Aged and Disabled) of the United States Social Security Act, as added by the Social Security Amendments of 1965 as now or subsequently amended.

Member: A person who has enrolled in FirstCare as a Subscriber or Dependent and is eligible to receive Covered Health Services.

Minimum Essential Coverage means health insurance coverage that is recognized as coverage that meets substantially all requirements under federal law pertaining to adequate individual, Group or government health insurance coverage. For additional information on whether particular coverage is recognized as "Minimum Essential Coverage", please call the customer service telephone number shown on the back of Your identification card or visit www.cms.gov.

Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Intensive Care Unit or NICU is also referred to as a special care nursery or intensive care nursery. Admission into NICU generally occurs, but is not limited to when the Newborn is born prematurely, if difficulty occurs during delivery, or the Newborn shows signs of a medical problem after the delivery.

Neurobehavioral Testing: An evaluation of the history of neurological and psychiatric difficulty, current symptoms, current mental status, and premorbid history, including the identification of problematic behavior and the relationship between behavior and the variables that control behavior. This may include interviews of the individual, family, or others.

Neurobehavioral Treatment: Interventions that focus on behavior and the variables that control behavior.

Neurobiological Disorder: An illness of the nervous system caused by genetic, metabolic or other biological factors.

Neurocognitive Rehabilitation: Services designed to assist cognitively impaired individuals to compensate for deficits in cognitive functioning by rebuilding cognitive skills and/or developing compensatory strategies and techniques.

Neurocognitive Therapy: Services designed to address neurological deficits in informational processing and to facilitate the development of higher-level cognitive abilities.

Neurofeedback Therapy: Services that utilize operant conditioning learning procedure based on electroencephalography (EEG) parameters, and which are designed to result in improved mental performance and behavior, and stabilized mood.

Neurophysiological Testing: An evaluation of the functions of the nervous system.

Neurophysiological Treatment: Interventions that focus on the functions of the nervous system**.**

Neuropsychological Testing: The administering of a comprehensive battery of tests to evaluate neurocognitive, behavioral, and emotional strengths and weaknesses and their relationship to normal and abnormal central nervous system functioning.

Neuropsychological Treatment: Interventions designed to improve or minimize deficits in behavioral and cognitive processes.

Non-Essential Health Benefits: These are benefits that are comprised of benefits and services other than those defined by Section 1302(b) of the Patient Protection & Affordable Care Act (PPACA).

Non-Participating Provider; A Physician, medical group, Hospital or other health care provider who has not contracted with FirstCare to provide Covered Health Services to Members of Your Plan, also known as an out-of-network provider. We strongly encourage You to use FirstCare Participating Providers to assure the highest quality and lowest cost. Use of Non-Participating Providers may result in additional charges to You that are not covered under Your health plan. Requests for services, equipment, or supplies performed by or at Non-Participating Providers may be denied if there are Participating Providers in the FirstCare network who can provide the service, equipment or supplies.

Non-Participating Provider Reimbursement (NPPR): The amount we will fully reimburse at the usual and customary rate or at an agreed rate. Usual and customary rate means the amount based on a percentage of available rates published by Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) or a benchmark developed by CMS for the same or similar services within a geographical area; and that have been negotiated with one or more Participating Provider in a geographical area for the same of similar services. The amount payable may be increased by a fixed percentage for certain services or facilities as agreed to by the Plan.

Open Enrollment: The annual period each year in which You can make changes to Your Plan benefits. If You purchased this Plan through the Exchange or directly from FirstCare, the “Open Enrollment Period” is the period each year during which You may enroll or change coverage in a Qualified Health Plan (QHP) made available through the Exchange.

Organ Transplant: The harvesting of a solid and/or non-solid organ, gland, or tissue from one individual and reintroducing that organ, gland, or tissue into another individual.

Orthotics: Standard or custom-fitted or custom-fabricated medical devices that are applied to a part of the human body to correct a deformity, improve function, or relieve symptoms of a disease.

Out-of-Pocket Maximum: The total dollar amount a Member must pay each Calendar Year before We pay benefits at 100%. The Out-of-Pocket Maximum includes Deductibles, and Copayments. It does not include premiums, non-covered services and balance billing amounts.

Participating Pharmacy means a pharmacy that has been approved by FirstCare to provide Prescription Drugs to Members.

Participating Provider: A Physician, medical group, Hospital or other health care provider who has contracted with FirstCare to provide Covered Health Services to Members of Your Plan. For more information on the network of Participating Providers available to You, check the provider directory We give

to You, ask Your PCP or call Us. Please remember that the list of Participating Providers in the directory is subject to change Please visit www.FirstCare.com and the myFirstCare Self Service secure Member web portal for the most current provider information.

Pharmacy Injectables: Any medication that is injected subcutaneously or specifically designed and generally accepted to be self-injected and does not require direct medical professional oversight. These drugs will be defined by the FirstCare Pharmacy and Therapeutics Committee.

Phenylketonuria means an inherited condition that may cause severe developmental deficiency, seizures or tumors, if not treated.

Physician: Any person who is duly licensed and qualified to practice within the scope of a medical practice license issued under the laws of the State of Texas or in which state treatment is received.

Plan, Your Plan, The Plan: The coverage of health care services available to You under the terms of this Evidence of Coverage.

Plan Year: The annual period that begins on the anniversary of the Plan's Effective Date. See the Schedule of Copayments for details as to if Your Plan is administered on a Calendar Year or Contract Year basis.

Post-Acute Transition Services: Services that facilitate the continuum of care beyond the initial neurological insult through rehabilitation and community reintegration.

Post-Acute-Care Treatment Services: Services provided after acute-care confinement and/or treatment that are based on an assessment of the individual's physical, behavioral, or cognitive functional deficits, which include a treatment goal of achieving functional changes by reinforcing, strengthening, or reestablishing previously learned patterns of behavior and/or establishing new patterns of cognitive activity or compensatory mechanisms.

Premium Due Date: The first day of the month or quarter for which the payment is due.

Premium Tax Credits: (Applicable to Plans Purchased Through the Exchange): A refundable premium tax credit an eligible individual may receive for taxable years ending after December 31, 2013, to the extent provided under applicable law, where the credit is meant to offset all or a portion of the Premium paid by the individual for coverage obtained through an Exchange during the preceding Calendar Year.

Prescription Drug means any Legend Drug that has been approved by the Food & Drug Administration (FDA), is not Experimental or Investigational, and requires a prescription written by a duly licensed Physician.

Prescription Order means an authorization for a Prescription Drug issued by a Physician, who is duly licensed to write the authorization in the ordinary course of his professional practice.

Primary Care Physician (PCP): The Physician who is responsible for coordinating the health care services You receive under Your Plan, including referring You to specialists and other services. At the time of enrollment, if Your Plan requires it, You must select a PCP, or one will be assigned for You. You may change your PCP by calling Our Customer Service Department and will be limited to no more than four changes in a 12-month period. Usually PCPs are general practitioners, family practitioners, internists, or pediatricians. Sometimes Physicians who practice in a particular office of a participating medical group, rather than an individual Physician, may serve as Your PCP. However, if You suffer from a chronic illness that is disabling or Life-Threatening, You may apply to the Plan Medical Director to have a participating specialist Physician designated as Your PCP. Your application to the Medical Director must include the following:

- A written certification of medical need signed by You and the participating specialist who would serve as Your PCP;
- Any additional information specified by the Medical Director; and
- A written statement from the participating specialist indicating that he or she is willing to accept responsibility for the coordination of all Your health care needs.

If Your request is denied, that denial may be appealed through Our Member appeal process. If Your request is approved, the effective date for the participating specialist to be Your PCP is the first day of the month following the approval. Under state law, such designations cannot be made retroactively.

If your child is an enrollee in a plan that provides for designation of a Participating primary care provider for a child, the Plan will permit designation of an available physician (allopathic or osteopathic) who specializes in pediatrics as the child's primary care provider.

For the names of PCPs, please visit www.FirstCare.com and the myFirstCare Self Service secure Member web portal.

Prosthetics: Devices meant to replace, wholly or partly, a lost limb or body part, such as an arm or a leg.

Psychiatric Day Treatment Facility: A Facility that provides treatment for not more than eight hours in any 24-hour period after which the Member is allowed to leave. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations must accredit such Facility.

Psychophysiological Testing: An evaluation of the interrelationships between the nervous system and other bodily organs and behavior.

Psychophysiological Treatment: Interventions designed to alleviate or decrease abnormal physiological responses of the nervous system due to behavioral or emotional factors.

Qualified Health Plan (QHP): A health care benefit plan that has in effect a certification that it meets the applicable government standards, issued or recognized by each Exchange through which such plan is offered. This Plan has been certified by the Exchange.

Remediation: The process(es) of restoring or improving a specific function.

Residential Treatment Center for Children and Adolescents: A child-care institution that provides residential care and treatment for emotionally disturbed children and adolescents and that is accredited as a residential treatment center by the Council on Accreditation, the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations or the American Association of Psychiatric Services for Children.

Rider: A supplement to Your Plan that describes any additional benefits or changes in Your benefits or the terms of Your coverage under the Plan. We may provide Riders to You at the time You enroll in the Plan or at other times after that.

Self-Injectable Medications: Medications recognized by the FDA as appropriate for self-administration (referred to as "self-injectable" drugs).

Service Area: The geographical area that FirstCare is authorized by law to serve. FirstCare's Service Area map is provided in this booklet.

Skilled Nursing Facility or Extended Care Facility: An institution which:

- Is accredited under one program of the Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations as a Skilled Nursing Facility or is recognized by Medicare as an Extended Care Facility;
- Furnishes room and board and 24 hour-a-day skilled nursing care by, or under the supervision of a registered nurse (RN); and
- Is not a clinic, rest Facility, home for the aged, place for drug addicts or alcoholics, or a place for Custodial Care.

Specialist Physician - A Physician who practices specialized medicine (i.e.- oncology, orthopedics, cardiology, neurology, nephrology, etc.), and who can provide these specialized services, above and beyond what is offered by a Primary Care Physician, for You. Please see Your Schedule of Benefits for further details.

Specialty Pharmacy Drug means any prescription drug regardless of dosage form, identified as a Specialty Pharmacy Drug on the drug formulary, or a drug which requires at least one of the following in order to provide optimal patient outcomes:

- specialized procurement handling; distribution, or is administered in a specialized fashion;
- complex benefit review to determine coverage;
- complex medical management requiring close monitoring by a physician or clinically trained individual;
- FDA mandated or evidence-based medical-guideline determined comprehensive patient and/or physician education; or
- has any dosage form with a total cost greater than $1,000 per retail's maximum days supply.

Stabilization: The point at which no material deterioration of a condition is likely, within reasonable probability, to result from or occur during Your transfer.

Subscriber: One who meets all applicable eligibility requirements of Section 2*, Eligibility and Enrollment* and whose enrollment form and applicable premium payment have been received in accordance with the enrollment requirements of this Evidence of Coverage.

Telehealth: A health service, other than a Telemedicine medical service, delivered by a health professional licensed, certified, or otherwise entitled to practice in Texas, and acting within the scope of the health professional's license, certification, or entitlement, to a patient at a different physical location than the health professional using telecommunications or information technology.

Telemedicine: A health care service delivered by a physician licensed in Texas, or a health professional acting under the delegation and supervision of a physician licensed in Texas and acting within the scope of the physician's or health professional's license, to a patient at a different physical location than the physician or health professional using telecommunications or information technology.

Toxic Inhalant: A volatile chemical under Chapter 484, Texas Health and Safety Code, or abusable glue or aerosol paints under Section 485.001, Texas Health and Safety Code.

Ultrasound, Breast: Procedure that may be used to determine whether a lump is a cyst or a solid mass.

Us, We or Our: FirstCare.

Utilization Review: A system for prospective and/or concurrent review of the Medical Necessity, appropriateness or determination that a treatment is experimental or investigational regarding Covered Health Services Your provider is currently providing or proposes to provide to You. Utilization Review does not include elective requests by You for clarification of coverage.

Utilization Review Agent (URA): An entity designated by Us to perform Utilization Review of Medically Necessary or experimental or investigational treatment. The Utilization Review Agent also determines Totally Disabled and Total Disability.

Utilization Review Plan: The screening criteria and Utilization Review procedures of a Utilization Review Agent. The program provides:

- Pre-treatment Review;
- Concurrent Review; and
- Discharge Planning

You or Your: A covered Member.

SECTION 12 – REQUIRED DISCLOSURES

NOTICE OF SPECIAL TOLL-FREE COMPLAINT NUMBER

TO MAKE A COMPLAINT ABOUT A PRIVATE PSYCHIATRIC HOSPITAL, CHEMICAL DEPENDENCY TREATMENT CENTER, OR PSYCHIATRIC OR CHEMICAL DEPENDENCY SERVICES AT A GENERAL HOSPITAL, CALL:

1-800-832-9623

Your Complaint will be referred to the state agency that regulates the Hospital or chemical dependency treatment center.

NOTICE OF OUT-OF-NETWORK COVERAGE

28 TAC §11.1612(c)

A health maintenance organization (HMO) plan provides no benefits for services you receive from out-of-network physicians or providers, with specific exceptions as described in your Evidence of Coverage and below.

You have the right to an adequate network of in-network physicians and providers (known as network physicians and providers).

If you believe that the network is inadequate, you may file a Complaint with the Texas Department of Insurance at: www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html.

If your HMO approves a referral for out-of-network services because no network physician or provider is available, or if you have received out-of-network emergency care, the HMO must, in most cases, resolve the out-of-network physician's or provider's bill so that you only have to pay any applicable in-network Copayment, Coinsurance, and Deductible amounts.

You may obtain a current directory of network physicians and providers at the following website: www.firstcare.com/FindAProvider or by calling 1-855-572-7238 for assistance in finding available network physicians and providers. If you relied on materially inaccurate directory information, you may be entitled to have a claim by an out-of-network physician or provider paid as if it were from a network physician or provider, if you present a copy of the inaccurate directory information to the HMO, dated not more than 30 days before you received the service.

BALANCE BILLING NOTICE

28 TAC §1456.003

A Facility-based physician or other health care practitioner may not be included in FirstCare's provider network. The non-network Facility-based physician or other health care practitioner may balance bill FirstCare HMO members for amounts not paid by FirstCare due to the provider being out-of-network. If the member receives a balance bill from a Facility-based physician or other health care practitioner, contact FirstCare Customer Service at 1-855-572-7238.

SECTION 13 – MANDATORY BENEFIT NOTICES

The following notices are to advise You of certain coverage and/or benefits provided by Your contract with FirstCare Health Plans.

MASTECTOMY OR LYMPH NODE DISSECTION
28 TAC §21.2106(b)(1)

Minimum Inpatient Stay: If due to treatment of breast cancer, any person covered by this plan has either a mastectomy or a lymph node dissection, this plan will provide coverage for inpatient care for a minimum of:

a) 48 hours following a mastectomy, and
b) 24 hours following a lymph node dissection.

The minimum number of inpatient hours is not required if the covered person receiving the treatment and the attending physician determine that a shorter period of inpatient care is appropriate.

Prohibitions: We may not (a) deny any covered person eligibility or continued eligibility or fail to renew this plan solely to avoid providing the minimum inpatient hours; (b) provide money payments or rebates to encourage any covered person to accept less than the minimum inpatient hours; (c) reduce or limit the amount paid to the attending physician, or otherwise penalize the physician, because the physician required a covered person to receive the minimum inpatient hours; or (d) provide financial or other incentives to the attending physician to encourage the physician to provide care that is less than the minimum hours.

COVERAGE AND/OR BENEFITS FOR RECONSTRUCTIVE SURGERY AFTER MASTECTOMY-ENROLLMENT
28 TAC §21.2106(b)(2)

Coverage and/or benefits are provided to each covered person for reconstructive surgery after mastectomy, including:

a) all stages of the reconstruction of the breast on which mastectomy has been performed;
b) surgery and reconstruction of the other breast to achieve a symmetrical appearance; and
c) prostheses and treatment of physical complications, including lymphedemas, at all stages of mastectomy.

The coverage and/or benefits must be provided in a manner determined to be appropriate in consultation with the covered person and the attending physician.

Prohibitions: We may not (a) offer the covered person a financial incentive to forego breast reconstruction or waive the coverage and/or benefits shown above; (b) condition, limit, or deny any covered person's eligibility or continued eligibility to enroll in the plan or fail to renew this plan solely to avoid providing the coverage and/or benefits shown above; or (c) reduce or limit the amount paid to the physician or provider, nor otherwise penalize, or provide a financial incentive to induce the physician or provider to provide care to a covered person in a manner inconsistent with the coverage and/or benefits shown above.

COVERAGE AND/OR BENEFITS FOR RECONSTRUCTIVE SURGERY AFTER MASTECTOMY-ANNUAL
28 TAC §21.2106(b)(3)

Your contract, as required by the federal Women's Health and Cancer Rights Act of 1998, provides benefits for mastectomy-related services including reconstruction and surgery to achieve symmetry between the breasts, prostheses, and complications resulting from a mastectomy (including lymphedema).

EXAMINATIONS FOR DETECTION OF PROSTATE CANCER
28 TAC §21.2106(b)(4)

Benefits are provided for each covered male for an annual medically recognized diagnostic examination for the detection of prostate cancer. Benefits include:

a) a physical examination for the detection of prostate cancer; and
b) a prostate-specific antigen test for each covered male who is
    1) at least 50 years of age; or
    2) at least 40 years of age with a family history of prostate cancer or other prostate cancer risk factor.

INPATIENT STAY FOLLOWING BIRTH OF A CHILD
28 TAC §21.2106(b)(5)

For each person covered for maternity/childbirth benefits, we will provide inpatient care for the mother and her newborn child in a health care facility for a minimum of:

a) 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery, and
b) 96 hours following an uncomplicated delivery by cesarean section.

This benefit does not require a covered female who is eligible for maternity/childbirth benefits to (a) give birth in a hospital or other health care facility or (b) remain in a hospital or other health care facility for the minimum number of hours following birth of the child.

If a covered mother or her newborn child is discharged before the 48 or 96 hours has expired, we will provide coverage for post-delivery care. Post-delivery care includes parent education, assistance and training in breast-feeding and bottle-feeding and the performance of any necessary and appropriate clinical tests. Care will be provided by a physician, registered nurse or other appropriate licensed health care provider, and the mother will have the option of receiving the care at her home, the health care provider’s office or a health care facility.

Since we provide in-home post-delivery care, we are not required to provide the minimum number of hours outlined above unless (a) the mother's or child's physician determines the inpatient care is medically necessary, or (b) the mother requests the inpatient stay.

Prohibitions. We may not (a) modify the terms of this coverage based on any covered person requesting less than the minimum coverage required; (b) offer the mother financial incentives or other compensation for waiver of the minimum number of hours required; (c) refuse to accept a physician’s recommendation for a specified period of inpatient care made in consultation with the mother if the period recommended by the physician does not exceed guidelines for prenatal care developed by nationally recognized professional associations of obstetricians and gynecologists or pediatricians; (d) reduce payments or reimbursements below the usual and customary rate; or (f) penalize a physician for recommending inpatient care for the mother and/or the newborn child.

COVERAGE FOR TESTS FOR DETECTION OF COLORECTAL CANCER
28 TAC §21.2106(b)(6)

Benefits are provided, for each person enrolled in the plan who is 50 years of age or older and at normal risk for developing colon cancer, for expenses incurred in conducting a medically recognized screening examination for the detection of colorectal cancer. Benefits include the covered person's choice of:

a) a fecal occult blood test performed annually and a flexible sigmoidoscopy performed every five years, or
b) a colonoscopy performed every 10 years.

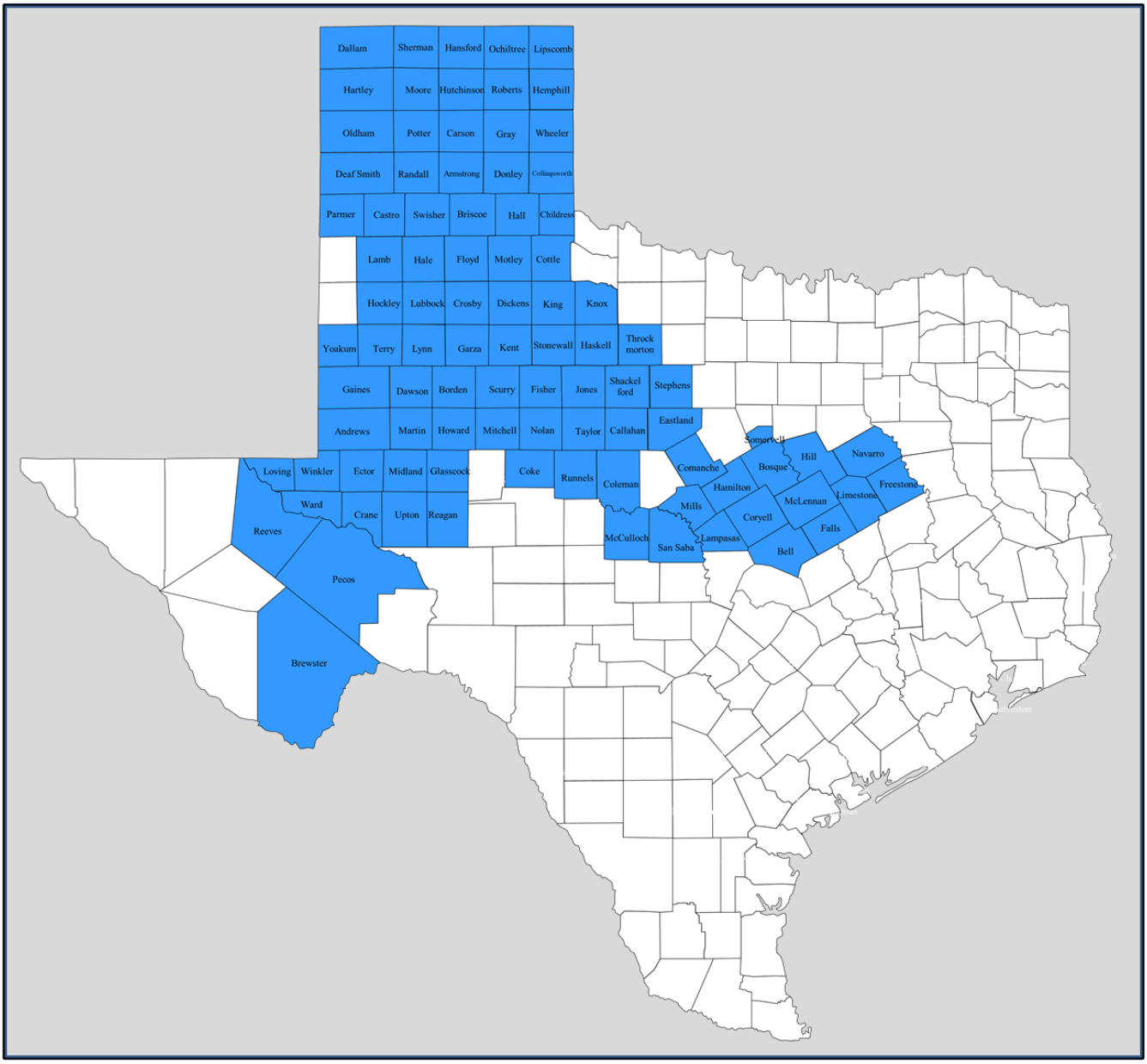
COVERAGE OF TESTS FOR DETECTION OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS, OVARIAN CANCER, AND CERVICAL CANCER
28 TAC §21.2106(b)(7)

Coverage is provided for each woman enrolled in the plan who is 18 years of age or older for expenses incurred for an annual, medically recognized diagnostic examination for the early detection of ovarian and cervical cancer.

Coverage required under this section includes a CA 125 blood test and, at a minimum, a conventional Pap smear screening or a screening using liquid-based cytology methods, as approved by the FDA, alone or in combination with a test approved by the FDA for the detection of the human papillomavirus.

If any person covered by this plan has questions concerning the above, please call FirstCare Health Plans at 1-855-572-7238, or write us at 1901 W. Loop 289, Suite 9, Lubbock, TX 79407.

FirstCare HMO Service Area



Language Assistance/ Asistencia de idiomas

FirstCare HEALTH PLANS

English:
ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Spanish:
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Vietnamese:
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Chinese:
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-884-4901 (TTY：711)。

Korean:
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-884-4901 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:
يرجى الانتباه: إذا كنت تتكلم اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجاناً. اتصل بالرقم 1-800-884-4901 (رقم الهاتف المخصص للصم وضعاف السمع: 711).

Urdu:
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال 1-800-884-4901 (TTY: 711). کریں

Tagalog:
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-884-4901 (TTY: 711).

French:
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-884-4901 (ATS : 711).

Hindi:
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-884-4901 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Persian:
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-884-4901 (TTY: 711) تماس بگیرید.

German:
ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Gujarati:
સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Russian:
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-884-4901 (телетайп: 711).

Japanese:
注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-884-4901 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:
ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-800-884-4901 (TTY: 711).

Southwest Life & Health Insurance Company is a wholly owned subsidiary of SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans (a wholly owned subsidiary of Scott and White Health Plan). PPO plans are offered by Southwest Life & Health Insurance Company. HMO, Medicaid and Medicare plans are offered by SHA, LLC.

FirstCare HEALTH PLANS

Nondiscrimination Notice

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-884-4901 (TTY: 711).

SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans and Southwest Life & Health Insurance Company comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. FirstCare Health Plans and Southwest Life & Health Insurance Company do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

FirstCare Health Plans and Southwest Life & Health Insurance Company:

- Provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Written information in other formats (large print and accessible electronic formats)
- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact the Compliance Officer at 1-214-820-8888 or send an email to SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org.

If you believe that FirstCare Health Plans and Southwest Life & Health Insurance Company have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Compliance HelpLine; 1-888-484-6977 or https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp.

You can file a grievance in person or by mail, online, or email. If you need help filing a grievance, the Compliance Officer is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html.

Southwest Life & Health Insurance Company is a wholly owned subsidiary of SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans (a wholly owned subsidiary of Scott and White Health Plan). PPO plans are offered by Southwest Life & Health Insurance Company. HMO, Medicaid and Medicare plans are offered by SHA, LLC.

FirstCare HEALTH PLANS

Aviso de No Discriminación

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-884-4901 (TTY: 711).

SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company no excluyen a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org.

Si cree que FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company no han proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp.

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html.

Southwest Life & Health Insurance Company es una subsidiaria de propiedad total de SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans (una subsidiaria de propieded total de Scott and White Health Plan). Los planes PPO son ofrecidos por Southwest Life & Health Insurance Company. SHA, LLC ofrece los planes HMO, Medicaid y Medicare.

Programa individual de beneficios

Organización de mantenimiento de la salud
FirstCare Select Plus HMO
IND Bronze HMO 7500
26539TX0140009-00/01
BHI20D29/BHI20M29

Tiene la opción de elegir esta organización de mantenimiento de la salud para la elección de beneficios para el consumidor que, en su totalidad o en parte, no proporciona los beneficios de salud exigidos por el estado que normalmente se requieren en las evidencias de cobertura en Texas. Este plan de beneficios de salud estándar puede proporcionarle un plan de salud más asequible, aunque, al mismo tiempo, puede brindarle menos beneficios de planes de salud que los que normalmente se incluyen como beneficios de salud exigidos por el estado en las pólizas de Texas. Si elige este plan de beneficios de salud estándar, consulte con su agente de seguros para descubrir qué beneficios de salud exigidos por el estado están excluidos en esta evidencia de cobertura. El siguiente es un resumen de los montos de copago que usted y sus dependientes deben pagar al recibir los servicios que se enumeran a continuación. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener una explicación detallada de los servicios cubiertos y los servicios no cubiertos. Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre los beneficios y servicios médicos de FirstCare, visite **www.firstcare.com/marketplace** o comuníquese con nuestro Equipo de Servicio al Cliente, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora central, al 1.855.572.7238, línea TTY 711.

Nota: FirstCare Health Plans no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluidas las determinaciones de inscripción y beneficios.

AÑO DEL PLAN	Año calendario
DEDUCIBLE MÉDICO	$7,500 por miembro $15,000 por familia
DEDUCIBLE POR MEDICAMENTOS CON RECETA	Medicamentos preventivos la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) y de Nivel 1: $0 Nivel 2-4 y tiras reactivas de diabetes preferidas para la medición de glucosa en sangre: Integrado con Medical
GASTO DE BOLSILLO MÁXIMO *Incluye deducibles médicos y por receta, copagos y coseguros.*	$8,150 por miembro $16,300 por familia
MÁXIMO ANUAL	Ilimitado

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS	*Cargos de copago*
• **Visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP) para adultos** *Nota: El cargo por visita al consultorio se aplica cuando lo ve un médico o un clínico con licencia bajo la supervisión del médico.*	Copago de $30 por visita
• **Visita al consultorio del PCP pediátrico** (para un dependiente cubierto hasta la edad de 18 años) *Nota: El cargo por visita al consultorio se aplica cuando lo ve un médico o un clínico con licencia bajo la supervisión del médico.*	Copago de $0 por visita

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS	*Cargos de copago*
• **Visita al consultorio de un especialista** *Nota: El cargo por visita al consultorio se aplica cuando lo ve un médico o un clínico con licencia bajo la supervisión del médico.*	Copago de $75 por visita
• **Servicios de atención preventiva** Consultas prenatales; pruebas de detección de cáncer colorrectal y de próstata; vacunaciones de rutina; exámenes físicos de rutina; ligadura de trompas; exámenes de la mujer sana; cualquier artículo o servicio basado en evidencia que tenga en efecto una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos	Sin cargo
• **Prueba de diagnóstico** Análisis de laboratorio de rutina (análisis de sangre) y radiografías	20 % después del deducible
• **Estudios por imágenes y radiología** (cargos del centro y los médicos) Angiograma; tomografía computada (CT); resonancia magnética (MRI); mielografía; tomografía por emisión de positrones (PET); prueba de esfuerzo; ecografía	20 % después del deducible
• **Servicios para pacientes externos** Cargos del centro; inyectables médicos; suministros médicos; unidad de observación; procedimientos quirúrgicos para pacientes externos; manejo del dolor; servicios médicos	20 % después del deducible
• **Sala de emergencias** El copago no se aplica si el episodio tiene como resultado la hospitalización por la misma afección dentro de las 24 horas.	20 % después del deducible
• **Servicios de ambulancia** Aéreos/terrestres	20 % después del deducible
• **Atención de urgencia**	Copago de $75 por visita
• **Servicios para pacientes internados** Sangre y productos sanguíneos; servicios de abuso de sustancias químicas; unidades de atención coronaria; medicamentos, incluidos los medicamentos de farmacia especializados; cargos del centro; unidad de cuidados intensivos (UCI); pruebas de laboratorio/radiografías; trabajo de parto y parto; inyectables médicos; suministros médicos; servicios de salud mental; unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN); quirófano/sala de recuperación; manejo del dolor; servicios médicos; pruebas previas al ingreso; centro de rehabilitación; enfermedad mental grave; centro de enfermería especializada¥; procedimientos quirúrgicos	20 % después del deducible
• **Servicios de salud mental/abuso de sustancias químicas para pacientes externos** Dependencia del alcohol y las drogas; atención de salud mental para pacientes externos; enfermedad mental grave	Copago de $30 por visita
• **Servicios de maternidad/planificación familiar/infertilidad** Atención postnatal; servicios de planificación familiar (según sea médicamente necesario); diagnóstico de infertilidad	Copago de $75 por visita
• **Servicios de rehabilitación¥** Fisioterapia; terapia ocupacional; terapia del habla; atención quiropráctica	Copago de $75 por visita
• **Servicios de habilitación¥** Fisioterapia; terapia ocupacional; terapia del habla; atención quiropráctica	Copago de $75 por visita
• **Atención médica a domicilio¥** Servicio privado de enfermería ante un conjunto limitado de circunstancias (consulte el documento del plan)	20 % después del deducible
• **Equipo médico duradero (DME)** Ortesis; prótesis	20 % después del deducible

SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS	*Cargos de copago*
• **Control de la diabetes** Capacitación en autocontrol de la diabetes, educación, administración de la atención	Copago de $30 por visita
• **Equipo y suministros para diabéticos**	Igual que el DME o la receta, según corresponda
• **Asesoramiento nutricional**	Copago de $30 por visita
• **Servicios de telemedicina y telesalud**	El monto del deducible o el copago no puede exceder el monto del deducible o el copago requerido para un servicio médico comparable proporcionado a través de una consulta presencial.
• **Otros servicios** Se incluyen, entre otros, los siguientes: Pruebas de alergia/suero/inyecciones; fórmulas elementales basadas en aminoácidos; trastornos del espectro autista; daño cerebral; pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares¥; quimioterapia; tratamiento de problemas craneofaciales; servicios de diálisis; electrocardiograma; pruebas genéticas; audífonos¥ e implantes cocleares; medicamentos de infusión en el hogar; atención paliativa; trastornos metabólicos hereditarios-PKU; dispositivos implantables internos; atención dental accidental limitada; colonoscopia no preventiva (centro/médico); servicios de trasplante de órganos; procedimientos quirúrgicos en el consultorio médico; tratamiento de problemas temporomandibulares; vasectomía.	20 % después del deducible
• **Todos los demás servicios cubiertos** *(no especificados aquí)*	20 % después del deducible

OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA *Reservado solo para dependientes cubiertos hasta la edad de 18 años*	*Cargos de copago*
• **Examen de la vista de rutina anual**	Copago de $75 por visita
• **Anteojos anuales** Se limitan a un par de anteojos por año del plan.	Copago de $75
• **Servicios dentales**	No cubiertos

SERVICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	*30 días* *Estándar*	*90 días* *Mantenimiento**
• **Medicamentos preventivos ACA**	Copago de $0	Copago de $0
• **Nivel 1** Medicamentos genéricos	Copago de $25	Copago de $75
• **Nivel 2** Medicamentos de marca preferidos	Copago de $55 después del deducible	Copago de $165 después del deducible
• **Nivel 3** Medicamentos de marca no preferidos	Copago de $150 después del deducible	Copago de $450 después del deducible

• **Nivel 4** Medicamentos especializados y medicamentos de quimioterapia orales	Copago de $500 después del deducible	No cubiertos
• **Tiras reactivas de diabetes preferidas para la medición de glucosa en sangre**	Copago de $55 después del deducible	Copago de $165 después del deducible
• **Tiras reactivas no preferidas para la medición de glucosa en sangre**	Sin formulario	Sin formulario

*Los medicamentos de mantenimiento elegibles están permitidos para un suministro de hasta 90 días si se obtienen a través de una farmacia de Baylor Scott & White o un proveedor de farmacia minorista o de pedidos por correo participante para suministros para 90 días.
Pedido por correo: Disponible para un suministro de 1 a 90 días. Los medicamentos que no son de mantenimiento y que se obtienen a través de pedidos por correo están limitados a un suministro máximo de 30 a 34 días.
Algunos medicamentos especializados pueden requerir autorización previa. Suministro para 30 días únicamente.

Limitaciones de los servicios cubiertos[¥]:

- **Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares**
  Se limita a una vez cada 5 años.

- **Servicios de habilitación**
  (Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y atención quiropráctica)
  Se limitan a 35 visitas combinadas por año del plan.
  Es posible que no se apliquen límites para las terapias para niños con retrasos en el desarrollo y trastorno del espectro autista.

- **Audífonos**
  Se limitan a un dispositivo por oído cada 3 años.

- **Atención médica a domicilio**
  Se limita a 60 visitas por año del plan.

- **Servicios de rehabilitación**
  (Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y atención quiropráctica)
  Se limitan a 35 visitas combinadas por año del plan.
  Es posible que no se apliquen límites para las terapias para niños con retrasos en el desarrollo y trastorno del espectro autista.

- **Centro de enfermería especializada**
  Se *limita a 25 días por año del plan.*

Este plan de atención médica de la Organización del Mantenimiento de la Salud con Beneficios a Elección del Consumidor, ya sea en su totalidad o en parte, no proporciona los beneficios de salud exigidos por el estado que normalmente se requieren en Evidencias de Cobertura en Texas. Este plan de beneficios de salud estándar puede proporcionar un plan de salud más accesible para usted, aunque, al mismo tiempo, es posible que le brinde menos beneficios del plan de salud que los que normalmente se incluyen en los beneficios de salud exigidos por el estado en Texas. Por favor, consulte con su agente de seguros para enterarse cuáles beneficios de salud exigidos por el estado se excluyen de esta Evidencia de Cobertura.

ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA NO ES UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICARE

ESTA NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO. EL EMPLEADOR NO SE CONVIERTE EN SUSCRIPTOR AL SISTEMA DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO MEDIANTE LA ADQUISICIÓN DE ESTA PÓLIZA, Y SI EL EMPLEADOR NO ES SUSCRIPTOR, EL EMPLEADOR PIERDE TALES BENEFICIOS QUE DE OTRO MODO SE ACUMULARÍAN DE ACUERDO CON LAS LEYES DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LA LEY DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO EN LO QUE RESPECTA A LOS NO SUSCRIPTORES Y LAS NOTIFICACIONES OBLIGATORIAS QUE SE DEBEN PRESENTAR Y PUBLICAR.

ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA ESTÁ REGULADA POR LAS LEYES DEL ESTADO DE TEXAS Y LA LEY FEDERAL APLICABLE. ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA PUEDE SER ADQUIRIDA A TRAVÉS DEL MERCADO FEDERAL DE SEGUROS DE SALUD (EN ADELANTE “EL MERCADO”) O PUEDE ADQUIRIRSE DIRECTAMENTE DE LOS PLANES DE SALUD DE FIRSTCARE.

Bienvenido a FirstCare

Estimado Suscriptor:

En nombre de FirstCare, me complace darle la bienvenida a nuestro Plan de Salud.

Por favor, tómese unos minutos para leer este manual y familiarizarse con los beneficios de la HMO que Su Plan cubre y no cubre, según se explica en el presente documento.

Un representante de nuestro Departamento de Servicio al Cliente lo llamará para ayudarlo a entender su cobertura de FirstCare. No obstante, si tiene preguntas o necesita información acerca de cómo utilizar Su Plan FirstCare antes de recibir esta llamada, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-855-572-7238, visite www.FirstCare.com y el portal web para miembros myFirstCare Self Service.

Gracias por elegir FirstCare.

SHA,L.L.C. que opera como FirstCare
12940 N Highway 183
Austin, Texas 78750
(512) 257-6000
1-855-572-7238
www.FirstCare.com

CONTRATO INDIVIDUAL

EVIDENCIA DE COBERTURA

Esta Evidencia de Cobertura de Contrato Individual se emite para usted (y sus Dependientes elegibles inscritos), debido a que usted se inscribió en la organización de mantenimiento de la salud de SHA, L.L.C. dba FirstCare. Su Evidencia de Cobertura, junto con cualquiera de sus anexos y modificaciones, constituye su contrato con FirstCare. Al completar el formulario de inscripción, hacer el pago de las primas aplicables y aceptar esta Evidencia de Cobertura, usted (y sus dependientes, si los tiene) se compromete a respetar y cumplir con las disposiciones, los términos y las condiciones contenidos en su Evidencia de Cobertura.

Tiene 10 días para examinar esta Evidencia de Cobertura después de haberla recibido. Si después de examinarla no está satisfecho por alguna razón, puede devolverla dentro del período de 10 días y le devolverán la prima que haya pagado. Sin embargo, si recibe algún servicio antes de devolver esta Evidencia de Cobertura, Usted será responsable por el costo de tales servicios.

La fecha de vigencia de la cobertura de su Evidencia de Cobertura será la indicada en su tarjeta de identificación de Miembro de FirstCare y confirmada por FirstCare.

Nota: los planes de salud de FirstCare no discriminan según raza, color, origen nacional, capacidad física, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, o estado de salud en lo que respecta a la administración del plan, incluidas la inscripción y las determinaciones de beneficios.

AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o presentar un Reclamo: Podrá llamar al número de teléfono gratuito de FirstCare para obtener información o presentar un Reclamo al:

1-855-572-7238

También puede escribirnos a:

SHA, L.L.C. dba FirstCare
ATTN: Complaints and Appeals
12940 N. HWY 183
Austin, TX. 78750

Puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener información sobre las compañías, coberturas, derechos o Reclamos al:

1-800 252-3439

Podrá escribir al Departamento de Seguros de Texas:

P.O. Box 149104
Austin, Texas 78714-9104
FAX: (512) 490-1007
Sitio Web: www.tdi.texas.gov
Correo electrónico:
ConsumerProtection@tdi.texas.gov

DISPUTAS O RECLAMACIONES SOBRE PRIMAS:

Si tiene una disputa concerniente a su prima o a una reclamación, debe comunicarse primero con FirstCare. Si la disputa no se resuelve, puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas.

ADJUNTE ESTE AVISO A SU PÓLIZA:

Este aviso es a título informativo únicamente y no constituye una parte o condición del documento adjunto.

IMPORTANT NOTICE

To obtain information or make a Complaint: You may call FirstCare's toll free telephone number for information or to make a Complaint at:

1-855-572-7238

You may also write to Us at:

SHA, L.L.C. dba FirstCare
ATTN: Complaints and Appeals
12940 N. HWY 183
Austin, TX. 78750

You may contact the Texas Department of Insurance to obtain information on companies, coverages, rights or Complaints at:

1-800 252-3439

You may write the Texas Department of Insurance:

P.O. Box 149104
Austin, Texas 78714-9104
FAX: (512) 490-1007
Web: www.tdi.texas.gov
E-mail: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

PREMIUM OR CLAIM DISPUTES:

Should You have a dispute concerning Your premium or about a claim, You should contact FirstCare first. If the dispute is not resolved, You may contact the Texas Department of Insurance.

ATTACH THIS NOTICE TO YOUR POLICY:

This notice is for information only and does not become a part or condition of the attached document.

ÍNDICE

Qué incluye este documento……9

SECCIÓN 1:

Requisitos para todos los servicios de atención médica.....9

- *Necesidad médica*
- *Médico de atención primaria*
- *Su derecho a elegir un obstetra o ginecólogo*
- *Proveedores participantes*
- *Proveedores auxiliares*
- *Continuidad de la cobertura*
- *Otras restricciones*
- *Copagos*
- *Deducible*
- *Límite de gastos por cuenta propia*
- *Revisión de firstcare*

SECCIÓN 2:

Elegibilidad e inscripción.....13

- *Cobertura del suscriptor*
- *Cobertura de las personas a cargo*
- *Inscripción y fecha de vigencia de la cobertura*
- *Aviso de no elegibilidad*
- *Cobertura solo para hijos*

SECCIÓN 3:

Lo que está cubierto 17

Servicios ambulatorios 17

- *Visitas al consultorio del médico*
- *Servicios domiciliarios*
- *Servicios de laboratorio*
- *Servicios de radiología*
- *Procedimientos quirúrgicos en el consultorio del médico*
- *Materiales proporcionados en el consultorio del médico*
- *Fármacos medicinales inyectables, inyectables híbridos definidos, radioterapia, terapia contra el rechazo de trasplantes, medicamentos de infusión en el hogar (excepto los medicamentos "autoinyectables"), quimioterapia y agentes asociados definidos*
- *Atención obstétrica prenatal y posnatal*
- *Servicios de rehabilitación*
- *Servicios de habilitación*
- *Terapias para niños con retrasos en el desarrollo*
- *Daño cerebral adquirido*
- *Cirugía ambulatoria*
- *Servicios para el control del dolor*
- *Pruebas e inyecciones para alergias*
- *Programas antitabaquismo*
- *Servicios de salud mental a corto plazo*
- *Servicios por enfermedad mental grave*
- *Trastorno del espectro autista*
- *Tratamiento de la dependencia de sustancias químicas*

Servicios preventivos de atención médica..... 22

- *Exámenes físicos de rutina*
- *Atención del bebé sano y el niño sano*
- *vacunas de rutina*
- *Exámenes de la mujer sana*
- *Mamografía de detección*
- *Medición de la masa ósea*
- *Examen para la detección del cáncer de próstata*
- *Pruebas de detección de cáncer colorrectal*
- *Pruebas de enfermedad cardiovascular*
- *Exámenes de rutina de la vista, el habla y la audición*
- *Servicios pediátricos de oftalmología*
- *Todos los demás servicios preventivos*

Servicios de planificación familiar 25

- *Planificación familiar*
- *Servicios de infertilidad*

Servicios de hospitalización 26

- *Servicios obstétricos*
- *Mastectomía o procedimientos relacionados*
- *Habitación, comidas y atención de enfermería general*
- *Servicios médicos, quirúrgicos y obstétricos*
- *Ingreso en la unidad de observación*
- *Servicios de rehabilitación*
- *Servicios de habilitación*
- *Centro de enfermería especializada*
- *Servicios de salud mental a corto plazo*
- *Servicios por enfermedad mental grave*
- *Tratamiento de la dependencia de sustancias químicas*
- *Sangre y hemoderivados*

Servicios de telemedicina y telesalud 29

Otros servicios de atención médica 29

- *Atención médica domiciliaria*
- *Terapia de infusión domiciliaria*
- *Servicio de transporte en ambulancia de no emergencia*
- *Servicios de cirugía reconstructiva*
- *Prótesis y órtesis*
- *Dispositivos implantables internos*
- *Equipo médico duradero*
- *Suministros médicos*
- *Servicios para la diabetes*
- *Audífonos e implantes cocleares*
- *Servicios limitados por accidentes dentales*

- *Servicios del síndrome de la articulación temporomandibular (atm)*
- *Servicios de diálisis*
- *Trasplantes de órganos y células madre*
- *Quimioterapia*
- *Radioterapia*
- *Fórmulas elementales a base de aminoácidos*
- *Ensayos clínicos: atención de rutina del paciente*
- *Servicios de cuidados paliativos*
- *Asesoramiento nutricional*

Servicios de medicamentos recetados.....37

SECCIÓN 4:

Servicios de atención de urgencia y de emergencia fuera del área de servicio 43

- *Atención de emergencia*
- *Atención de urgencia fuera del área de servicio*
- *Servicios y copagos*
- *Procedimientos de pago*

SECCIÓN 5:

Lo que no está cubierto 46

SECCIÓN 6:

Programa de revisión de la utilización (u.r.).....56

SECCIÓN 7:

Primas y terminación de la cobertura 59

- *Primas*
- *Finalización de la cobertura*
- *Reintegros*
- *Rescisiones*
- *Continuación de la cobertura debido al cambio de estado civil*
- *Restablecimiento después de la aceptación de la prima atrasada*

SECCIÓN 8

Coordinación de beneficios y subrogación. 63

- *Coordinación de beneficios (COB)*
- *Normas de coordinación*
- *Subrogación, reembolso y/o responsabilidad de terceros*

SECCIÓN 9:

Procedimiento de reclamos y apelaciones de los miembros.....71

- *Procedimiento de reclamos*
- *Procedimiento de apelación de reclamos*
- *Procedimiento de apelación de determinación adversa sobre beneficios*
- *Presentación de reclamos ante el departamento de seguros de texas*
- *Apelaciones ante una organización de revisión independiente (ORI)*

SECCIÓN 10:

Disposiciones varias..... 76

- *Evidencia de cobertura completa*
- *Cambio en las primas con aviso*
- *Cancelación*
- *Autoridad*
- *Autorización para examinar su historia clínica*
- *Aviso de reclamación*
- *Pago de reclamaciones*
- *Acción legal*
- *Aviso*
- *Interpretación de esta evidencia de cobertura*
- *Transferencia*
- *Género*
- *Modificaciones*
- *Errores administrativos*
- *Encabezados y leyendas*
- *Incontestabilidad*
- *Devoluciones de primas y reducciones de primas*
- *Valor actuarial*

SECCIÓN 11

Definiciones..... 81

SECCIÓN 12

Divulgaciones requeridas..... 93

- *Aviso sobre el número gratuito especial para reclamos*
- *Aviso sobre la cobertura fuera de la red*
- *Aviso de facturación de saldos*

SECCIÓN 13

Avisos obligatorios sobre beneficios..... 94

- *Mastectomía o disección de ganglios linfático*
- *Cobertura o beneficios de cirugía reconstructiva después de la mastectomía: inscripción*
- *Cobertura o beneficios de cirugía reconstructiva después de la mastectomía: anual*
- *Examen para la detección del cáncer de próstata*
- *Internación en el hospital después del nacimiento de un niño*
- *Cobertura para las pruebas de detección de cáncer colorrectal*

- *Cobertura para las pruebas de detección del virus del papiloma humano, cáncer de ovario y cáncer cervical*

Área de Servicios HMO de FirstCare 97

Este documento, conocido como "Evidencia de Cobertura", describe los beneficios disponibles para usted conforme al Plan de Salud de FirstCare. Al momento de inscribirse en FirstCare, y en otras ocasiones después de eso, también podemos proporcionar suplementos (conocidos como "Cláusulas Adicionales o Enmiendas") que describen cualquier beneficio adicional o los cambios en sus beneficios o los términos de su cobertura.

A lo largo de este documento, "usted" y "su" se refieren a un Miembro de FirstCare e incluyen a cualquiera de los Dependientes elegibles del Miembro de FirstCare (como cónyuge e hijos) que también están inscritos en el Plan. "Nosotros", "nuestro" y "nos" se refieren a FirstCare. "Su Plan" y "el Plan" se refieren al Plan de Salud de FirstCare que se describe en este documento, junto con su Cuadro de Copagos.

Esto es lo que encontrará en este documento:

SECCIÓN 1: Requisitos para Todos los Servicios de Salud. En esta sección se describen los requisitos generales que corresponden a todos los servicios de atención médica que cubre su Plan. Por ejemplo, le dice qué profesionales de la salud podría visitar para los servicios cubiertos. También describe las remisiones a especialistas y las autorizaciones previas para hospitalizaciones y otros servicios.

SECCIÓN 2: Elegibilidad e Inscripción. Esta sección explica los requisitos de elegibilidad para ser miembro de FirstCare y las fechas de entrada en vigencia para los nuevos Dependientes elegibles.

SECCIÓN 3: Lo que Está Cubierto. Esta sección le indica qué servicios de salud cubre su Plan, junto con los límites de cobertura para servicios específicos. La Sección 3 también le indica el importe (si corresponde) que debe pagar en el momento de recibir los servicios. Este importe se denomina el "Copago".

SECCIÓN 4: Servicios de Atención de Urgencia y de Emergencia Fuera del Área de Servicio. Esta sección describe qué servicios vamos a cubrir en una emergencia médica, tanto dentro como fuera del Área de Servicio de FirstCare. Aquí se explica su cobertura para los servicios de atención de urgencia cuando se encuentra *fuera* del Área de Servicio de FirstCare. Esta sección también le indica cómo obtener atención cubierta si necesita servicios con urgencia mientras se encuentra *dentro* del Área de Servicio.

SECCIÓN 5: Lo que No Está Cubierto. Esta sección describe los servicios de atención médica que no cubre su Plan.

SECCIÓN 6: Programa de Revisión de la Utilización (U.R.) En esta sección se describe el proceso de aprobación previa necesaria para algunos beneficios.

SECCIÓN 7: Primas y Terminación de la Cobertura o los Beneficios. Esta sección le informa acerca de sus primas, cuándo deben pagarse y qué sucede si se atrasa con sus pagos o si no realiza los pagos de las primas. Esta sección también explica las razones específicas por las que su cobertura o sus beneficios podrían ser terminados o cancelados.

SECCIÓN 8: Coordinación de Beneficios y Subrogación. En esta sección se describe el orden de las normas que determinan los beneficios cuando un Miembro tiene cobertura de más de un plan**.**

SECCIÓN 9: Procedimiento de Reclamos y Apelaciones de los Miembros. En esta sección se describe el proceso que FirstCare ha desarrollado para que usted siga en caso de tener un Reclamo o insatisfacción sobre cualquier aspecto de nuestra operación. La sección también explica cómo utilizar nuestro proceso de apelaciones si no está de acuerdo con nuestra resolución de su Reclamo.

SECCIÓN 10: Disposiciones Varias. Esta sección describe ciertas disposiciones, entre las que se incluyen el reembolso de las reclamaciones que usted ha pagado, la autoridad para examinar sus expedientes de salud y las disposiciones de incontestabilidad.

SECCIÓN 11: Definiciones. Esta sección proporciona definiciones de algunos de los términos utilizados en este documento. Este documento también utiliza términos médicos específicos para ciertas enfermedades y tratamientos, que no necesariamente se definen en la Sección 10. Si tiene preguntas sobre alguna de estas condiciones, visite www.FirstCare.com y el portal web seguro para miembros myFirstCare Self Service.

SECCIÓN 12: Divulgaciones Requeridas

SECCIÓN 1: REQUISITOS PARA TODOS LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Para estar cubierto por Su Plan, los servicios de atención médica deben cumplir con todos los requisitos que se describen en esta sección.

Necesidad Médica

El servicio debe ser *Médicamente Necesario* según lo determine el Director Médico de FirstCare. Por *Médicamente Necesario,* nos referimos a que el servicio cumple con *todas* las siguientes condiciones:

- El servicio o artículo es razonable y necesario para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión o para una condición médica, como el embarazo; *
- Es congruente con las normas profesionales ampliamente aceptadas de la práctica médica en los Estados Unidos;
- Está recetado por un Médico u otro profesional de la salud;
- El servicio se proporciona de la forma más rentable y en una duración e intensidad adecuada, brindándole al mismo tiempo un nivel de atención clínicamente apropiado;
- No tiene como fin principal la comodidad del paciente, la familia, el médico u otro profesional de la salud;
- No es una parte de la capacitación académica, educativa o profesional del paciente ni se relaciona con ella;
- No es de carácter experimental o de investigación; o
- Cuenta con aprobación previa, cuando lo requiera FirstCare.

No todos los servicios que se ajustan a esta definición están cubiertos por Su Plan. Para que tenga cobertura, un servicio Médicamente Necesario también debe describirse en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto*. El hecho de que un Médico o profesional de la salud haya prestado, recetado o recomendado un servicio, no significa que sea Médicamente Necesario o que esté cubierto por Su Plan. *(Consulte también la Sección 5, Lo que No Está Cubierto).*

*El Agente de Revisión de la Utilización decidirá si un servicio, equipo o suministro es Médicamente Necesario, experimental o de investigación, teniendo en cuenta las opiniones de la comunidad médica, las pautas y prácticas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y la literatura revisada por expertos.

Médico de Atención Primaria

Todos los Servicios de Salud Cubiertos debe proporcionarlos su Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), un Proveedor Participante o un Proveedor No Participante previamente aprobado. Para obtener más información acerca de quién puede ser un PCP, consulte la definición de “Médico de Atención Primaria” en la Sección 11, *Definiciones.*

Su Derecho a Elegir un Obstetra o Ginecólogo

Tiene permitido designar y visitar a un obstetra o ginecólogo para obtener acceso directo a los servicios de atención médica que le brinda su obstetra o ginecólogo designado, sin una derivación de su PCP ni autorización previa de parte nuestra. No está obligado a elegir un obstetra o ginecólogo, pero puede optar por que Su PCP le proporcione estos servicios.

Una vez que ha seleccionado un obstetra/ginecólogo de FirstCare, no necesita una derivación de su PCP ni aprobación previa de nuestra parte para programar una cita. Podrá llamar directamente al consultorio de su obstetra o ginecólogo para programar su consulta.

Su obstetra/ginecólogo de FirstCare también podrá derivarlo para el tratamiento de una enfermedad o afección que se encuentre dentro del alcance de la práctica especializada de obstetricia y ginecología, incluyendo el tratamiento de afecciones médicas relativas a las mamas.

Si necesita ayuda para elegir un obstetra o ginecólogo de FirstCare o para cambiar de médico, visite www.FirstCare.com y el portal web seguro para miembros de myFirstCare Self Service.

Proveedores Participantes

El servicio debe ser provisto:

- por un Médico u otro profesional de la salud que participa en la red de FirstCare; y
- en un Hospital, laboratorio u otro centro que también participa en la red de FirstCare.

"Proveedores Participantes" son los proveedores de atención médica en su comunidad que participan a través de un contrato con FirstCare para prestar servicios a Miembros de FirstCare. El proveedor debe ser un Proveedor Participante al momento de prestar el servicio. En la Sección 11, *Definiciones,* se incluye una definición más detallada de Proveedor Participante.

Para obtener más información sobre los proveedores participantes, consulte el Directorio de Proveedores de FirstCare. Recuerde que el directorio de proveedores se encuentra sujeto a cambios; visite www.FirstCare.vitalschoice.com para obtener información actualizada.

Hay circunstancias especiales en las que puede obtener Servicios de Salud Cubiertos de proveedores que no forman parte de la red de FirstCare, también conocidos como Proveedores No Participantes. En la Sección 11, *Definiciones,* se incluye una definición más detallada del Proveedor No Participante.

- Podría tener que utilizar Proveedores No Participantes para servicios de emergencia o urgencia fuera del área de servicio según se describe en la Sección 4, *Servicios de Atención de Urgencia y de Emergencia Fuera del Área de Servicio.*
- Si determinamos que la atención es Médicamente Necesaria no puede prestarla ningún proveedor de atención médica que participa en la red de FirstCare, su PCP podrá derivarlo a un Proveedor No Participante. Procesaremos las derivaciones necesarias a Proveedores No Participantes en el plazo apropiado para las circunstancias relacionadas a la prestación de los servicios y el estado del paciente, pero en ningún caso este plazo podrá superar los cinco días hábiles posteriores a recibir la documentación solicitada razonablemente;
- Si los servicios cubiertos Médicamente Necesarios que no son atención de emergencia no se encuentran disponibles mediante el proveedor participante a pedido del proveedor participante, le ofreceremos una revisación realizada por un proveedor no participante, con experiencia en la misma especialidad o en una similar a la del proveedor de atención médica al cual se le solicita una derivación, antes de denegar la derivación.
- Los Proveedores No Participantes podrán usarse en casos de cobertura por orden judicial para los hijos a Cargo que viven fuera o dentro del Área de Servicio de FirstCare. Sin embargo, debemos aprobar con anticipación los servicios, equipos o insumos que normalmente requieren una autorización (p. ej., procedimientos para pacientes ambulatorios y hospitalizados, rehabilitación, terapia del habla, ocupacional o física, equipos o insumos médicos durables) o no serán cubiertos. Consulte la cobertura de beneficios específicos que se detalla en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto*;
- Cuando aceptamos continuar la cobertura de los servicios de un proveedor que deja de participar en la red de FirstCare, solo podrá utilizar un Proveedor No Participante de conformidad con la disposición de Continuidad de la Cobertura en esta sección, cuando nosotros hayamos aprobado previamente estos arreglos; y
- En todos los casos, se reembolsará la atención de emergencia médicamente necesaria recibida de un médico o proveedor no participante de acuerdo con los términos de la Evidencia de cobertura a la tarifa usual y acostumbrada o a una acordada, excepto para copagos y cargos por servicios no cubiertos. Se le eximirá de responsabilidad por cualquier importe que no sea el copago o gastos de desembolso directo que hubiera pagado por su cuenta si la red incluyera médicos o proveedores de la red de los cuales podría obtener servicios.

Proveedores Auxiliares

Un Proveedor Auxiliar es un proveedor con el que un PCP podría tener que consultar y/o coordinar la atención para ciertos Servicios de Salud Cubiertos en Su nombre. No le solicitamos que tenga una derivación para consultar a un proveedor auxiliar. Su PCP podría tener que consultar con un Proveedor Auxiliar en nombre suyo para proporcionar ciertos servicios, tales como los servicios de salud mental. Si necesita obtener información sobre los servicios de atención médica que requieren una consulta con un Proveedor Auxiliar, la identidad de los Proveedores Auxiliares que coordinan las remisiones para estos servicios de atención médica en su área o una lista actualizada de los proveedores de esos servicios especializados de atención médica en su área, visite www.FirstCare.com y el portal web seguro para Miembros myFirstCare Self Service.

Continuidad de la Cobertura

Si Usted o sus Dependientes Cubiertos reciben servicios de atención médica de un Proveedor Participante que finaliza su relación con el Plan como Proveedor Participante, el Plan hará que ese proveedor le brinde un aviso de la finalización con 30 días de anticipación como mínimo. Sin embargo, si se finaliza la relación por motivos relacionados con daño inminente, el Plan le informará de inmediato.

Excepto por incompetencia médica o comportamiento poco profesional, la finalización no libera al Plan de reembolsar al Proveedor Participante por brindarle tratamiento a Usted o a su Dependiente Cubierto en ciertas circunstancias especiales. Las circunstancias especiales pueden ser una afección que, según el criterio razonable de su médico o proveedor o del médico o proveedor de su Dependiente Cubierto, podría causarles daño a Usted o a su Dependiente Cubierto si el médico o proveedor interrumpiera el tratamiento para el Miembro; estas incluyen una discapacidad, una afección grave, enfermedades que ponen en riesgo la vida o un embarazo de más de veinticuatro semanas. Sin embargo, el Proveedor Participante debe identificar primero la circunstancia especial y enviar una solicitud al Director Médico del Plan para que se les permita a Usted o a su Dependiente Cubierto continuar el tratamiento a cargo del Proveedor Participante. El Proveedor Participante debe aceptar no solicitarles a Usted o su Dependiente Cubierto el pago de ningún monto por el que Usted no sería responsable si el Profesional de la Salud o el Proveedor Participante siguieran teniendo contrato con el Plan. Si se aprueba la solicitud, la obligación del Plan de pagar por los servicios de Proveedor Participante no deberá superar los 90 días posteriores a la fecha de finalización o los nueve (9) meses en caso de una enfermedad terminal que se les diagnosticó a Usted o a su Dependiente Cubierto al momento de la finalización y no deberá superar la tarifa del contrato. Si Usted o un Dependiente Cubierto tienen de más de veinticuatro (24) semanas de embarazo al momento de la finalización, la obligación del Plan de Salud de reembolsarle a un Proveedor Participante finalizado por los servicios se extiende al trabajo de parto, la atención posparto inmediata y los controles de seguimiento después de las seis semanas del parto.

Otras Restricciones

Además de los requisitos generales antes descriptos, existen restricciones específicas en Su cobertura para algunos servicios. Por ejemplo, algunos servicios solo están cubiertos si los aprobamos previamente. También se aplican límites de tiempo en Su cobertura para algunos servicios. Estas restricciones se describen en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto.*

Copagos

Los Copagos son los importes que Usted está obligado a pagar a un Proveedor Participante o a otro proveedor autorizado en relación con la prestación de Servicios de Salud Cubiertos. Los importes de los Copagos se indican en el Cuadro de Copagos.

Deducible

El importe de los Servicios de Salud Cubiertos que usted es responsable de pagar cada Año del Plan antes de que el Plan comience a pagar beneficios. El Deducible es la cantidad de Gastos Cubiertos que usted debe pagar por cada Miembro antes de que los beneficios estén disponibles independientemente del tipo de proveedor. Si tiene varios Miembros, todos los cargos utilizados para aplicar al Deducible "por miembro" se aplicarán al Deducible "por familia". Cuando se alcanza ese importe de Deducible por Familia, no será necesario abonar más Deducible individual por el resto de ese año calendario. Ningún Miembro aportará más del importe de Deducible individual respecto del importe de Deducible "por Familia". Los Copagos no sujetos al Deducible no se aplican al Deducible del Año Calendario. Consulte su Cuadro de Copagos para la cantidad de Deducible especificado.

Límite de Gastos por Cuenta Propia

El importe total en dólares que un Miembro debe pagar cada Año Calendario antes de que nosotros paguemos los beneficios al 100 %. El Límite de Gastos de Bolsillo incluye los deducibles y los copagos. No incluye las primas, los servicios no cubiertos ni los importes de saldos facturados al Miembro. Consulte el Cuadro de Copagos para conocer los importes máximos de Gastos de Bolsillo.

Revisión de FirstCare

Para tomar cualquier decisión sobre la cobertura de Sus servicios de salud en virtud del Plan, podemos consultar con cualquier profesional de la salud u organización que consideremos que será útil, si está permitido por ley. También tenemos derecho a que profesionales de la salud de Nuestra elección examinen Sus registros médicos y Su estado físico, si está permitido por ley. Podemos utilizar esta información para asistir en la coordinación de Sus servicios cubiertos (tales como la planificación para su atención después del alta del Hospital), para ayudarnos a tomar decisiones sobre la aprobación previa de los servicios y otras decisiones relacionadas con Su cobertura conforme el Plan.

SECCIÓN 2: ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Para las personas que se inscriben a través del Mercado, la elegibilidad para esta cobertura será determinada por el Mercado, de conformidad con la legislación aplicable. Para preguntas con respecto a la elegibilidad, consulte healthcare.gov.

Cobertura del Suscriptor

Para ser seleccionado como Suscriptor de FirstCare, debe residir, vivir o trabajar en el Área de Servicio de FirstCare.

Cobertura de las Personas a Cargo

Para ser seleccionada como Dependiente, la persona debe ser Dependiente elegible de un Suscriptor, y;

- Ser Su cónyuge según lo define la ley de Texas;
- Ser hijo suyo o de su cónyuge, menor de 26 años (incluye los hijastros, hijos legalmente adoptados o hijos que son objeto de un proceso de adopción);
- Ser alguien de quien Usted o Su cónyuge sean el tutor legal designado por el tribunal. Debe proporcionar evidencia de esta tutela junto con el formulario de inscripción de Persona a Cargo;
- Ser un hijo que cumple con y mantiene todas estas condiciones:
  - **a.** No puede mantener un empleo autosuficiente debido a una discapacidad mental o física; y
  - **b.** Depende principalmente de usted para su sostén económico y manutención. Debe proporcionar evidencia de la incapacidad y la dependencia de su hijo (por ejemplo, un certificado del médico) dentro del período de 31 días después de que su hijo alcance la edad límite de 26 años. Después, es posible que deba entregar una constancia de la dependencia de su hijo, pero no más de una vez por año;
- Ser un niño recién nacido Suyo o de Su cónyuge. Para asegurarse de que su hijo tenga cobertura continuada, debe notificarnos, ya sea en forma verbal o por escrito, de la adición de su hijo recién nacido como Dependiente dentro del período de 31 días posterior al nacimiento de su hijo y pagar los cargos de primas adicionales. (Nota: Si usted se ha inscrito a través del Mercado, debe notificar al Mercado dentro un plazo de 30 días de su intención de agregar a su niño recién nacido).
- Si su hijo recién nacido nace fuera del Área de Servicio de FirstCare debido a una urgencia, o nace en un Centro No Participante y la madre no tiene cobertura en virtud de esta Evidencia de Cobertura, podríamos requerir el traslado a un centro del Plan y, si corresponde, a un Proveedor Participante. Este traslado debe ser médicamente adecuado y estar aprobado por el Médico tratante del recién nacido; Nosotros cubriremos los gastos asociados con el traslado de un recién nacido a un centro del Plan. Los defectos congénitos son tratados de la misma manera que cualquier otra enfermedad o lesión para la cual se proporciona cobertura;
- Ser hijo soltero de una Persona a Cargo (es decir, el nieto del Suscriptor) que depende de Usted (es decir, el abuelo) para su manutención según lo define el Código de Rentas Internas de los Estados Unidos y las regulaciones federales aplicables, y que de otra manera cumple con los requisitos para un hijo soltero especificados anteriormente. La cobertura no puede cancelarse solamente porque el hijo cubierto ya no es la persona a su cargo ni de Su cónyuge para los efectos impositivos federales; o
- Ser un hijo residente dentro o fuera del Área de Servicio de FirstCare y cuya cubertura del Plan es requerida por usted o su cónyuge a través de una orden de soporte médico o dental publicado en la Sección 14.061 del Código Familiar de Texas. Proporcionamos una cobertura similar a la médica o dental proporcionada a otras personas Dependientes que forman parte del Plan. (Nota: si usted se ha inscrito a través del Mercado, debe notificar al Mercado dentro de los 30 días sobre su intención de añadir un niño sujeto a una orden judicial para apoyo médico)

Inscripción y Fecha de Vigencia de la Cobertura

Sujeto a la aprobación de FirstCare y la aceptación de una solicitud de inscripción completada y al pago de las primas aplicables, su cobertura entra en vigencia de la siguiente manera:

1. Inscripción Inicial

Si su cobertura fue adquirida a través del Mercado o directamente de FirstCare, se aplican para usted los Períodos de Inscripción Abierta Anual.

2. Períodos de Inscripción Abierta Anual/Fecha de Vigencia de la Cobertura

Usted puede solicitar o cambiar la cobertura en un Plan de Salud Calificado (QHP, por sus siglas en inglés) (*Vea las Definiciones en la Sección 11*) a través del Mercado para usted y/o sus Dependientes elegibles durante el Período de Inscripción Abierta Anual designado por el Mercado.

Cuando se inscribe durante el Período de Inscripción Abierta Anual, la fecha de entrada en vigencia para usted y sus Dependientes será el 1 de enero siguiente, a menos que el Mercado y FirstCare determinen lo contrario, según corresponda.

La cobertura de este QHP está supeditada a la recepción oportuna por parte de FirstCare de la información de inscripción necesaria y la prima inicial.

Esta sección, que describe los Períodos de Inscripción Abierta Anual, está sujeta a cambios por parte del Mercado, FirstCare y/o la ley aplicable, según corresponda.

3. Inscritos Tardíos/Inscripción Especial/Fechas de Vigencia de la Cobertura

La reforma de salud requiere que los planes de salud ofrezcan períodos de inscripción tardía y períodos de inscripción especiales. Los individuos y los Dependientes elegibles pueden inscribirse en un Plan Calificado de Salud (QHP) (en el Mercado) o directamente en un Plan de Salud de FirstCare, o cambiar de uno a otro, como resultado de los eventos desencadenantes que se enumeran a continuación. El período de inscripción especial por lo general es de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha del evento desencadenante. La cobertura entrará en vigencia a partir del primer día del mes subsiguiente para las elecciones hechas hasta el día 15 del mes anterior y el primer día del segundo mes subsiguiente para las elecciones realizadas entre el día 16 y el último día de un mes, a menos que se especifique lo contrario a continuación.

Usted o Su Dependiente, cuando esté especificado a continuación, pueden inscribirse en un Plan o cambiar de uno a otro como resultado de los siguientes eventos desencadenantes:

- Usted o la persona a su cargo
    - Pérdida de la Cobertura Esencial Mínima; la nueva cobertura para Usted y/o sus Dependientes elegibles será efectiva a más tardar el primer día del mes siguiente a la pérdida. La pérdida de Cobertura Esencial Mínima no incluye la falta de pago de las primas de manera oportuna, incluidas las primas de COBRA antes de la expiración de la cobertura de COBRA o situaciones que permitan una rescisión. La rescisión se define como una cancelación o interrupción de la cobertura que tiene un efecto retroactivo. La pérdida de Cobertura Esencial Mínima no incluye la pérdida de la cobertura porque usted ya no reside, vive o trabaja en el área de servicio de un plan de salud. También incluye el vencimiento de la cobertura de continuación COBRA.
    - Se encuentra inscrito en cualquier plan médico grupal anual no calendario, o cobertura de seguro médico individual, aunque Usted o su Dependiente tengan la opción de renovar dicha cobertura. La fecha de la pérdida de cobertura es el último día del año del plan o la póliza;

  - Pierde cobertura relacionada con el embarazo o acceso a servicios de atención médica mediante cobertura ofrecida al hijo nonato de una mujer embarazada. La fecha de la pérdida de cobertura es el último día que la persona aprobada recibiría cobertura relacionada con el embarazo o acceso a servicios de atención médica mediante la cobertura al niño nonato; o
  - Pierde cobertura médicamente necesaria solo una vez por año calendario. La fecha de la pérdida de cobertura es el último día que el consumidor habría necesitado cobertura médicamente necesaria.
- Usted adquiere un Dependiente o se convierte en Dependiente a través del nacimiento, matrimonio, adopción, proceso de adopción, colocación para adopción o por medio de una orden de manutención de niños a través de una orden judicial. En caso de matrimonio, al menos uno de los cónyuges debe demostrar que tiene una cobertura esencial mínima de uno o más días durante los 60 días previos a la fecha del matrimonio. A elección del Mercado, Usted pierde un Dependiente o ya no es considerado Dependiente mediante divorcio o separación legal, o si Usted o su Dependiente fallecen. La nueva cobertura para usted y/o sus Dependientes elegibles entrará en vigencia en la fecha del nacimiento, adopción, colocación en un hogar de acogida, colocación en adopción o la fecha en que el suscriptor se convierte en parte de una demanda en la cual el suscriptor tiene la intención de adoptar un niño. No obstante, para los Miembros inscritos a través del Mercado, los pagos anticipados de cualquier Crédito Fiscal para Primas y la reducción de los costos compartidos, en su caso, no entrarán en vigencia hasta el primer día del mes siguiente, a menos que el nacimiento, la adopción o la colocación para adopción se produzca el primer día del mes. La fecha efectiva para la cobertura del niño elegible por orden judicial será determinada por FirstCare de conformidad con lo dispuesto en la orden judicial.
- Usted o su Dependiente vuelven a reunir los requisitos para inscribirse en un QHP mediante el Mercado.
- Su inscripción o no inscripción en un QHP, o la de su Dependiente, es no intencional, accidental o errónea y es el resultado de un error, declaración falsa, error o falta de acción de un oficial, un empleado o un agente del Mercado o de HHS;
- Usted o su Dependiente demuestran efectivamente al Mercado que el Plan en el que están inscritos violó sustancialmente una disposición esencial de su contrato;
- Recientemente adquirió o perdió elegibilidad para los pagos adelantados del Crédito Fiscal para Primas o cambió la elegibilidad para las reducciones de costos compartidos, independientemente de si ya está inscrito en un QHP.
- Usted o su Dependiente obtienen acceso a un nuevo QHP como resultado de una mudanza permanente y cobertura esencial mínima durante uno o más días, durante los 60 días anteriores a la fecha de la mudanza permanente;
- Usted obtiene o mantiene el estado de nativo americano o se convierte en Dependiente de un nativo americano y puede inscribirse en un QHP o cambiar de un QHP a otro una vez al mes.
- Usted o su Dependiente demuestran al Mercado que cumplen con otras circunstancias excepcionales (según lo definido por el Mercado).
- Usted es víctima de violencia doméstica o abandono conyugal, o Dependiente o víctima no casada en el hogar, está inscrito en la cobertura esencial mínima y busca inscribirse en la cobertura separado del perpetrador de la violencia o el abandono. Usted es Dependiente de una víctima de violencia doméstica o de abandono conyugal, en la misma solicitud que la víctima, puede inscribirse en la cobertura al mismo tiempo que la víctima.
- Debido a un evento calificado, el Mercado lo evalúa como potencialmente elegible para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), y la agencia estatal de Medicaid o CHIP determinan que no es elegible para Medicaid o CHIP después de que la inscripción abierta haya finalizado o más de 60 días después del evento calificador. También puede haber solicitado cobertura en Medicaid del Estado o en la agencia CHIP durante el período anual de inscripción abierta y Medicaid o CHIP determinan que usted no puede recibir beneficios después de que la inscripción abierta ha terminado.
- Usted o su Dependiente deben demostrar adecuadamente al Mercado que un error material sobre los beneficios del plan, el área de servicio o la prima influyó en su decisión de adquirir un QHP mediante el Mercado.

- A elección del Mercado, Usted o su Dependiente presentan evidencia documental satisfactoria para verificar su elegibilidad para un programa de asequibilidad de seguros o inscripción en un QHP mediante el Mercado, tras la finalización de la inscripción en el Mercado, debido a que no se ha verificado ese estado dentro del período especificado §155.315, o bien se encuentra por debajo del 100 % del nivel de pobreza federal y no se inscribió en la cobertura mientras esperaba que HHS verificara su ciudadanía, el estado de su nacionalidad o su presencia legítima.

Limitación

Las personas elegibles originalmente o recientemente para inscribirse que no se inscriben durante el período de inscripción especial no pueden inscribirse hasta el próximo Período de Inscripción Abierta Anual.

FirstCare debe recibir Su formulario de inscripción completo o el formulario de solicitud de cambio y el pago de las primas correspondientes antes de que se haga efectiva la cobertura en virtud de ese Plan de beneficios.

Aviso de No Elegibilidad

Es su responsabilidad notificar a FirstCare y al Mercado sobre cualquier cambio que afectará su elegibilidad o la de sus Dependientes para los servicios o beneficios de este Plan dentro del período de 30 días posterior al evento.

Cobertura solo para Hijos

Los hijos elegibles que no hayan cumplido los 21 años pueden inscribirse como único suscriptor en el marco de esta Evidencia de Cobertura (plan de atención médica). En tal caso, esta Evidencia de Cobertura se considera la cobertura solo para el hijo y se aplican las siguientes restricciones:

- Cada hijo se inscribe de forma individual como único Suscriptor; el padre o tutor legal no está cubierto y no es elegible para los beneficios de este plan de salud.
- No se pueden agregar Dependientes adicionales a la cobertura del hijo inscrito. Cada hijo debe estar inscrito en su propio plan de atención médica. Nota: Si un hijo cubierto bajo esta Evidencia de Cobertura tiene un nuevo hijo elegible propio, el nuevo hijo elegible podrá inscribirse en su propio plan de atención médica si la solicitud de cobertura se realiza dentro de los 60 días.
- Si un hijo es menor de 18 años, su padre/madre, tutor legal u otros terceros responsables deberán presentar la solicitud del formulario de seguro solo para el niño, junto con cualquier prueba, apéndice, adición y/u otra información a FirstCare y al Mercado, según corresponda. Para cualquier hijo menor de 18 años cubierto en virtud de esta Evidencia de cobertura, las obligaciones aquí establecidas, los anexos, apéndices, adjuntos y cualquier otra información requerida serán obligaciones de los padres, el tutor legal o cualquier otra persona responsable que solicite la cobertura en nombre del hijo. La solicitud de cobertura solo para el hijo no será aceptada para un hijo adulto que haya alcanzado la edad de 21 años al inicio del año del Plan. Los hijos adultos (de al menos 18 años, pero no mayores de 20 años de edad) que se presentan como único suscriptor en el marco de esta Evidencia de Cobertura deben solicitar su propio plan de atención médica individual y deben firmar o autorizar la(s) solicitud(es).

SECCIÓN 3: LO QUE ESTÁ CUBIERTO

Algunos de los servicios descritos en la siguiente sección pueden requerir una aprobación previa para que el servicio sea cubierto. Consulte la lista de aprobaciones previas publicada en www.FirstCare.com y el portal web seguro para miembros myFirstCare Self Service para determinar si un servicio específico requiere aprobación previa.

En esta sección se describe lo siguiente:

- Los servicios de atención médica cubiertos por su Plan; y
- Las restricciones y limitaciones relacionadas con un tipo específico de servicio de atención médica. Su Copago (si corresponde) se puede encontrar en el Cuadro de Copagos.

SERVICIOS AMBULATORIOS

Consulte el Cuadro de Copagos para conocer los importes de los copagos y cualquier limitación de los beneficios que se pueda aplicar a ciertos servicios.

Los servicios ambulatorios que Su Plan cubre son:

1. ***Visitas al Consultorio del Médico***

   Cubrimos las visitas al consultorio del Médico para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, incluidos los insumos médicos de rutina.

   El Copago por visita al consultorio corresponde cuando hay contacto del paciente con el Médico, asistente médico, enfermero, partero o enfermero especializado.

2. ***Servicios Domiciliarios***

   Cubrimos los servicios a domicilio, incluidos los partos domiciliarios, pero solo si no puede salir de su casa por razones médicas. Los servicios solo podrán ser prestados por un médico o si FirstCare considera que el entorno del hogar será el entorno de atención más rentable y clínicamente adecuado.

3. ***Servicios de Laboratorio***

   Cubrimos los servicios de pruebas de laboratorio de un proveedor de laboratorio participante cuando los receta el PCP, un proveedor participante u otro proveedor no participante que esté autorizado.

4. ***Servicios de Radiología***

   Cubrimos las radiografías y otros servicios de radiología, incluso la radiología terapéutica, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento.

5. ***Procedimientos Quirúrgicos en el Consultorio del Médico***

   Cubrimos los procedimientos quirúrgicos que se realizan en el consultorio de Su Médico.

   Si el procedimiento quirúrgico implica anestesia general o se lleva a cabo en un centro de cirugía participante, debe cumplir con los requisitos para cirugía ambulatoria (incluyendo el Copago). Consulte *Cirugía Ambulatoria* en esta sección.

6. Materiales Proporcionados en el Consultorio del Médico

Cubrimos los materiales y suministros que por lo general están disponibles en el consultorio del Médico. Tales materiales o suministros cubiertos incluyen, entre otros, los necesarios para:

- Insumos médicos generales (gasas, vendas, etc.)
- Vendas, yesos y férulas.

Nota: Algunos elementos pueden estar sujetos a requisitos de autorización previa. Consulte la Sección 6, *Programa de Revisión de la Utilización, Requisitos de Autorización Previa.*

7. Fármacos Medicinales Inyectables, Inyectables Híbridos Definidos, Radioterapia, Terapia Contra el Rechazo de Trasplantes, Medicamentos de Infusión en el Hogar (excepto los medicamentos "autoinyectables"), Quimioterapia y Agentes Asociados Definidos

Cubrimos los fármacos médicamente inyectables, los inyectables híbridos definidos, la radioterapia, la terapia específica contra el rechazo de trasplantes, los medicamentos que se inyectan en el hogar (excluyendo los medicamentos "autoinyectables"), la quimioterapia específica para el cáncer y de agentes asociados definidos y los medicamentos contra el cáncer recetados administrados por vía oral. Consulte el Cuadro de Copagos para obtener más detalles.

Los medicamentos inyectables reconocidos por la FDA (Administración de Medicamentos) como apropiados para la autoadministración (denominados "medicamentos autoinyectables"), independientemente de la capacidad del inscrito para autoinyectarse, están cubiertos cuando aparezcan en el Formulario de FirstCare. Vea la Sección 3, *Qué Está Cubierto, Servicios de Medicamentos Recetados*, para obtener más detalles.

Nota: Algunos elementos pueden estar sujetos a requisitos de autorización previa. Consulte la Sección 6, *Programa de Revisión de la Utilización, Requisitos de Autorización Previa.*

8. Atención Obstétrica Prenatal y Posnatal

Cubrimos los servicios para las visitas al consultorio antes y después del parto. También cubrimos los muestreos para amniocentesis y vellosidades coriónicas, cuando el médico los indica.

9. Servicios de Rehabilitación

Cubrimos la rehabilitación ambulatoria, que incluye servicios de atención quiropráctica y terapia del habla, ocupacional y física que cumplen con estas condiciones:

- Su PCP o un especialista del plan ordenan los servicios de rehabilitación o terapia; y
- Se puede esperar que los servicios satisfagan o excedan los objetivos de tratamiento establecidos para Usted por Su Médico; y
- Los servicios son prestados por un médico, un terapeuta habilitado o un quiropráctico; y
- Usted avanza hacia los objetivos de tratamiento como resultado de su participación en la terapia.

Para un Miembro con discapacidad física, los objetivos de tratamiento pueden incluir el mantenimiento de las funciones, la desaceleración o la prevención de otro tipo de deterioro.

10. Servicios de Habilitación

Cubrimos la habilitación ambulatoria, que incluye servicios de atención quiropráctica y terapia del habla, ocupacional y física que cumplen con estas condiciones:

- Su PCP o un especialista del plan ordenan los servicios de rehabilitación o terapia.
- Se puede esperar que los servicios satisfagan o excedan los objetivos de tratamiento establecidos para Usted por Su Médico.
- Los servicios son prestados por un médico en osteopatía, un terapeuta habilitado o un quiropráctico.
- Usted avanza hacia los objetivos de tratamiento como resultado de su participación en la terapia.

Para un Miembro con discapacidad física, los objetivos de tratamiento pueden incluir el mantenimiento de las funciones, la desaceleración o la prevención de otro tipo de deterioro.

11. Terapias para Niños con Retrasos en el Desarrollo

Los Servicios Cubiertos incluyen el tratamiento para "Retrasos en el Desarrollo", lo que significa una variación significativa en el desarrollo normal medido con instrumentos y procedimientos de diagnóstico adecuados en una o más de las siguientes áreas:

- Cognitiva
- Física
- Comunicacional
- Social o emocional
- Adaptativa

El tratamiento incluye las terapias de rehabilitación y habilitación necesarias de acuerdo con un “Plan Individualizado de Servicios Familiares”, que es el plan de tratamiento inicial y continuo desarrollado y emitido por el Consejo Interinstitucional sobre la Intervención en la Niñez Temprana de acuerdo con el Capítulo 73 del Código de Recursos Humanos para un niño Dependiente con Retrasos en el Desarrollo, que incluye:

- Evaluaciones y servicios de terapia ocupacional
- Evaluaciones y servicios de fisioterapia
- Evaluaciones y servicios de terapia del habla
- Evaluaciones de la dieta o la nutrición

Debe presentarnos un Plan Individualizado de Servicios Familiares antes de recibir cualquier servicio, y nuevamente si el Plan de Servicio Familiar Individualizado cambia. Después de que el niño cumpla tres (3) años de edad y se completen los servicios en virtud del Plan Servicio Familiar Individualizado, se aplicarán las disposiciones contractuales estándar de esta Evidencia de Cobertura así como las exclusiones o limitaciones de beneficios.

12. Daño Cerebral Adquirido

Proporcionamos cobertura para ciertos beneficios relacionados con el Daño Cerebral Adquirido. La cobertura incluye los siguientes servicios:

- Terapia de Rehabilitación Cognitiva;
- Terapia de Comunicación Cognitiva;
- Terapia y Rehabilitación Neurocognitiva;

- Pruebas y tratamientos Neuroconductuales, Neurofisiológicos, Neuropsicológicos y Psicofisiológicos;
- Terapia de Retroalimentación Neurológica;
- Recuperación necesaria para y en relación con el tratamiento de un Daño Cerebral Adquirido;
- Servicios de Transición a Cuidados Intermedios;
- Servicios de Tratamiento de Cuidados Intermedios; o
- Servicios de Reintegración a la Comunidad, incluyendo los servicios de tratamiento diurno ambulatorio u otros servicios de tratamiento de cuidados intermedios necesarios como resultado y en relación con un Daño Cerebral Adquirido.

También se proporciona cobertura para los gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de un afiliado que:

- Ha sufrido un Daño Cerebral Adquirido;
- No ha respondido al tratamiento; y
- Responde al tratamiento en una fecha posterior.

La determinación de si los gastos son razonables podría incluir la consideración de:

- El costo;
- El tiempo que ha transcurrido desde la evaluación anterior;
- Las diferencias en la experiencia del proveedor que realiza la evaluación;
- Los cambios en la tecnología; y
- Los avances en la medicina.

Conforme al Código de Seguros de Texas, Capítulo 1352, no rechazaremos los servicios cubiertos necesarios para el tratamiento de un daño cerebral adquirido y aquellos que se relacionen con él, únicamente porque se proporcionan en un centro de ayuda con la vida diaria.

13. Cirugía Ambulatoria

Cubrimos la cirugía ambulatoria realizada en un centro de cirugía ambulatoria y la cirugía del mismo día realizada en un Hospital, incluidos los procedimientos de diagnóstico invasivos, tales como exámenes endoscópicos, si su PCP o el especialista participante ordenan o coordinan la cirugía.

14. Servicios para el Control del Dolor

Cubrimos el tratamiento para el control del dolor y los servicios relacionados. Todos los servicios cubiertos deben cumplir con estas condiciones:

- Su PCP o un especialista del plan ordenan los servicios para el manejo del dolor;
- Se puede esperar que los servicios satisfagan o excedan los objetivos de tratamiento establecidos para usted por su Médico;
- Los servicios están científicamente comprobados y basados en evidencia para mejorar su condición médica.

Nota: Algunos elementos pueden estar sujetos a requisitos de autorización previa. Consulte la Sección 6, *Programa de Revisión de la Utilización, Requisitos de Autorización Previa.*

15. Pruebas e Inyecciones para Alergias

Cubrimos las pruebas de alergias realizadas para evaluar y determinar la causa de la alergia. También cubrimos los tratamientos apropiados para las alergias, incluyendo las inyecciones y el suero.

Nota: Algunos elementos pueden estar sujetos a requisitos de autorización previa. Consulte la Sección 6, *Programa de Revisión de la Utilización, Requisitos de Autorización Previa.*

16. Programas Antitabaquismo

Cubrimos programas antitabaquismo, entre ellos, programas de abuso de tabaco y para dejar de fumar.

17. Servicios de Salud Mental a Corto Plazo

La evaluación ambulatoria de corto plazo y el tratamiento de enfermedades y trastornos mentales están cubiertos cuando se cumplen todas estas condiciones:

- La enfermedad o el trastorno mental a tratar aparecen en la edición actualizada del Manual Estadístico y de Diagnóstico de Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM), en el momento en que se prestan los servicios;

- La evaluación inicial, el diagnóstico, el manejo médico y la administración continua de medicamentos para el trastorno de déficit de atención (TDA) y el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) también están cubiertos. Las visitas para la administración de medicamentos no están incluidas en el límite máximo de visitas permitidas.

Los beneficios para las afecciones de salud mental están cubiertos bajo los mismos términos y las mismas condiciones que se aplican a los beneficios y la cobertura médicos y para cirugías del plan. El tratamiento para ciertas enfermedades mentales no está cubierto. Consulte la Sección 5, *Lo que No Está Cubierto.*

18. Servicios por Enfermedad Mental Grave

El tratamiento de las enfermedades mentales graves está cubierto si la enfermedad o el trastorno mental a tratar es una de las siguientes enfermedades psiquiátricas, como define el DSM vigente:

- Esquizofrenia;
- Trastornos paranoides y otros trastornos psicóticos;
- Trastornos bipolares (hipomanía, manía, depresión y mixtos);
- Trastornos depresivos mayores (episodio único o recurrente);
- Trastornos esquizoafectivos (bipolar o depresión);
- Trastornos obsesivo-compulsivos; y
- Depresión en la infancia y la adolescencia.

Se brinda cobertura para enfermedades mentales graves, incluido el tratamiento ambulatorio individual y grupal.

19. Trastorno del Espectro Autista

Proporcionamos la siguiente cobertura por autismo:

a. Detección de Trastornos del Espectro Autista en niños de 18 y 24 meses.
b. Tratamiento del Trastorno del Espectro Autista como el proporcionado a los miembros diagnosticados con autismo desde la fecha del diagnóstico.

c. Todos los servicios generalmente reconocidos, prescritos en relación con el Trastorno del Espectro Autista por el médico de atención primaria del miembro según el tratamiento recomendado por el mismo médico. El individuo que proporciona un tratamiento recetado debe ser
    1. Un profesional de la salud:
        - Que tenga licencia, esté certificado o autorizado por una agencia apropiada del Estado de Texas;
        - Cuya credencial profesional es reconocida y aceptada por un organismo apropiado de los Estados Unidos; o
        - Que esté certificado como proveedor por el sistema militar de salud TRICARE; o
    2. Una persona que se desempeñe bajo la supervisión de un profesional de la salud.

Los servicios generalmente reconocidos pueden incluir servicios tales como:

- Servicios de evaluación y análisis;
- Análisis de comportamiento aplicado;
- Entrenamiento conductual y manejo de la conducta;
- Terapia del habla;
- Terapia ocupacional;
- Fisioterapia; o
- Medicamentos o suplementos nutricionales que se utilizan para tratar los síntomas del Trastorno del Espectro Autista.

20. Tratamiento de la Dependencia de Sustancias Químicas

El tratamiento ambulatorio para la dependencia de sustancias químicas (abuso, dependencia psicológica o física, o adicción al alcohol o a una sustancia controlada) y la desintoxicación están cubiertos. La cobertura se ofrece en los mismos términos y condiciones que los beneficios médicos y quirúrgicos para otras enfermedades físicas.

SERVICIOS PREVENTIVOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Consulte el Cuadro de Copagos para conocer los importes de los copagos y cualquier limitación de los beneficios que se pueda aplicar a ciertos servicios.

Los servicios de salud preventivos que cubre su Plan son:

1. Exámenes Físicos de Rutina

Para los Miembros del Plan, cubrimos los exámenes de rutina que les practica Su PCP. Su PCP decide con qué frecuencia y cuán extensos deben ser estos exámenes, en base a los estándares de atención médica nacionales y regionales.

2. Atención del Bebé Sano y el Niño Sano

Para los Miembros del Plan, cubrimos los cuidados preventivos del bebé sano y el niño sano que proporciona Su PCP. Su PCP decide con qué frecuencia y cuán extensa debe ser esta atención, en base a los estándares médicos nacionales y regionales de atención.

3. Vacunas de Rutina

Cubrimos las vacunas de rutina para adultos y niños, recomendadas por la Academia Estadounidense de Pediatría y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos para personas en los Estados Unidos, incluyendo vacunas para viajar fuera de los Estados Unidos. No obstante, no

cubrimos las vacunas para actividades relacionadas con el empleo, los deportes escolares o las actividades extracurriculares o recreativas. Cubrimos las vacunas de rutina para niños y adolescentes según lo recomendado o aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) y el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

4. Exámenes de la Mujer Sana

Para mujeres que son miembros del plan, cubrimos un examen ginecológico anual para la detección temprana de cáncer de ovario y cáncer cervical. Usted elige si su PCP o su obstetra/ginecólogo designado realizan los exámenes.

El examen incluye un análisis de sangre CA 125 y un examen de Papanicolaou convencional o un examen de detección usando métodos de citología de base líquida, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, solo o en combinación con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del virus de papiloma humano. Las pruebas de detección que se incluyen en esta sección deben realizarse de acuerdo con las pautas aprobadas por el Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología u otra organización nacional similar de profesionales médicos reconocida por el Estado de Texas.

5. Mamografía de Detección

Se proporcionan mamografías de diagnóstico y detección de todo tipo de dosis baja, incluyendo mamografías digitales y tomosíntesis para la detección del cáncer de mama. Se proporcionan mamografías anuales de detección para mujeres de 35 años o más. Las mamografías se pueden obtener mediante una derivación de su PCP o su obstetra/ginecólogo del Plan u otro especialista, independientemente de si al mismo tiempo se realiza un examen de mujer sana o no.

6. Medición de la Masa Ósea

Cubrimos los servicios de medición de la masa ósea para la detección de masa ósea reducida con el fin de determinar el riesgo de osteoporosis y fracturas asociadas con la osteoporosis.

7. Examen para la Detección del Cáncer de Próstata

Cubrimos un examen anual de próstata para detectar el cáncer de próstata, incluyendo un examen físico y una prueba de antígeno específico de la próstata (PSA por sus siglas en inglés).

8. Pruebas de Detección de Cáncer Colorrectal

Cubrimos los exámenes y procedimientos de detección para Miembros del Plan que tienen un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon. Estos exámenes incluyen análisis de sangre oculta en las heces, una prueba inmunoquimica fecal, una prueba de ADN en heces, una sigmoidoscopía flexible o una colonoscopía.

9. Pruebas de Enfermedad Cardiovascular

Cubrimos una prueba de cribado no invasivo para hombres mayores de 45 y menores de 76 años de edad, y para las mujeres mayores de 55 y menores de 76 años de edad que están asegurados en virtud de este Plan, tienen diabetes o tienen un riesgo de desarrollar enfermedad cardíaca coronaria, en base a una puntuación derivada utilizando el algoritmo de predicción coronaria Framingham Heart Study, o bien la calculadora combinada de riesgo de CV con ecuaciones cohorte combinadas de la Asociación Cardíaca Estadounidense y el American College of Cardiology, que es intermedia o superior. Cubrimos uno de los siguientes exámenes de detección no invasivos para aterosclerosis y estructura y función arterial anormales cada cinco años. Estos exámenes incluyen

una tomografía computarizada (TC) que mide la calcificación de las arterias coronarias o una ecografía que mide el espesor íntima-media carotídeo y la placa.

10. Exámenes de Rutina de la Vista, el Habla y la Audición

Cubrimos exámenes de rutina de la vista, el habla y la audición para los Dependientes que son miembros hasta los 19 años de edad. También cubrimos un examen de audición cada Año del Plan para todos los Miembros. Un examen de detección de pérdida de la audición está cubierto para un hijo recién nacido hasta la fecha en que el bebé cumple 30 días. También cubrimos la atención de seguimiento de diagnóstico necesaria relacionada con la prueba de detección hasta que el niño cumple 24 meses.

11. Servicios Pediátricos de Oftalmología

Cubrimos los siguientes servicios pediátricos de oftalmología para las personas a cargo que son miembros hasta los 18 años de edad:

- Un examen de la vista de rutina por Año del Plan
- Un juego de marcos de la serie T-2 Collection por Año del Plan
- Un par de anteojos Estándar, Individuales, Bifocales o Trifocales por Año del Plan. (Los lentes incluyen una capa protectora ultravioleta del tinte en gradiente y estético, recetados en tamaño grande y cristal gris N° 3, lentes recetados de policarbonato con un recubrimiento resistente a las rayas y artículos para la visión disminuida)
- Los lentes de contacto están cubiertos una vez por Año del Plan, en lugar de los lentes de la serie Collection.
- Lentes de contacto para Queratocono, Miopía Patológica, Afaquia, Anisometropía, Aniseiconía, Aniridia, Trastornos de la Córnea, Trastornos post-traumáticos y Astigmatismo Irregular.

Los servicios debe proporcionarlos un oftalmólogo u optometrista certificado que opere dentro del alcance de su licencia, o un óptico.

Cómo Funcionan los Beneficios Oftalmológicos

Usted podrá visitar a cualquier Proveedor Participante y recibir los beneficios de un examen de la vista y Materiales de Oftalmología cubiertos. Para obtener la lista más actualizada de Proveedores Participantes, visite nuestro sitio web https://firstcare.vitalschoice.com. Puede visitar www.FirstCare.com o el portal web seguro para miembros myFirstCare Self Service.

Podrá recibir su examen de la vista y los anteojos en diferentes fechas o mediante diferentes Proveedores Participantes. No obstante, los anteojos completos deben obtenerse de una sola vez, de un Proveedor Participante.

Los cargos por los servicios distintos a un examen de la vista cubierto o los materiales de oftalmología cubiertos y los importes que excedan los incluidos en este beneficio de Servicios Pediátricos de Oftalmología, debe pagárselos Usted al Proveedor en su totalidad. Este beneficio de servicios pediátricos de oftalmología no se puede combinar con ningún descuento, oferta promocional ni otros planes de beneficios colectivos. Las bonificaciones son beneficios de uso en el momento; los saldos restantes no se transfieren para usarse más adelante.

12. Todos los Demás Servicios Preventivos

Cubrimos los siguientes servicios que exige el Artículo 2713 de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (PPACA por sus siglas en inglés):

- Los artículos o servicios basados en evidencia que tienen vigente una clasificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (“USPSTF”);
- Las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (“CDC”);
- Los exámenes de detección y los cuidados preventivos basados en la evidencia que se establecen en las pautas de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (“HRSA”) para bebés, niños, adolescentes y mujeres; y
- Las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (“USPSTF”) en relación con las pruebas de detección de cáncer de mama, mamografías y prevención.

Los servicios de cuidados preventivos que se describen arriba podrían cambiar a medida que se modifican las pautas del USPSTF, los CDC y la HRSA. Para obtener más información, visite www.FirstCare.com y el portal web seguro para miembros myFirstCare Self Service.
Algunos ejemplos de los servicios cubiertos incluidos son: exámenes físicos anuales de rutina, vacunas, atención del bebé sano, mamografías para detección de cáncer, prueba de densidad ósea, prueba de detección de cáncer de próstata y cáncer colorrectal, servicios de asesoramiento para dejar de fumar y asesoramiento para una dieta saludable, exámenes y asesoramiento para la obesidad.

Algunos ejemplos de vacunas cubiertas incluidas son: difteria, Haemophilus influenza tipo b, Hepatitis B, sarampión, paperas, tos ferina, poliomielitis, rubéola, tétanos, varicela y otras vacunas que la ley exige que se administren a los niños, adolescentes o adultos.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Consulte el Cuadro de Copagos para conocer los importes de los copagos y cualquier limitación de los beneficios que se pueda aplicar a ciertos servicios.

1. Planificación Familiar

Cubrimos estos servicios de planificación familiar cuando Su PCP o Su obstetra/ginecólogo designado los proporciona:

- Exámenes físicos, pruebas de laboratorio relacionadas y supervisión médica; e
- Información y asesoramiento sobre anticonceptivos.

Se proporciona cobertura para los siguientes materiales y servicios anticonceptivos:

- Inserción o extracción de un dispositivo intrauterino (DIU);
- Ajuste de un diafragma anticonceptivo;
- Inserción o extracción de un dispositivo anticonceptivo implantado debajo de la piel (como Norplant); y
- Vasectomías y ligaduras de trompas.
- Inyecciones de Depo-Provera™

La cobertura para todos los demás anticonceptivos con receta que incluyen, entre otros, los medicamentos orales y los parches, se describen en la Sección 3, *Qué Está Cubierto, Servicios de Medicamentos Recetados.*

2. Servicios de Infertilidad

Cubrimos solo las pruebas de diagnóstico para determinar la causa de la infertilidad. Consulte también la Sección 5, *Lo que No Está Cubierto.*

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Consulte el Cuadro de Copagos para conocer los importes de los copagos y cualquier limitación de los beneficios que se pueda aplicar a ciertos servicios.

Para estar cubiertos, todas las admisiones deben ser en un Hospital, un centro de enfermería especializada u otro centro de atención hospitalaria participante. Las únicas excepciones a este requisito son las admisiones cubiertas por la Sección 4, *Servicios de Atención de Urgencia y de Emergencia Fuera del Área de Servicio*, o centros preaprobados no participantes donde se determina que los servicios, los equipos o los insumos son Médicamente Necesarios. Si determinamos que los servicios Médicamente Necesarios no se pueden realizar en uno de nuestros centros de hospitalización participantes, aprobaremos el ingreso a centros no participantes.

1. Servicios Obstétricos

Aprobaremos los ingresos para servicios obstétricos de acuerdo con los estándares descritos a continuación.

Cubrimos la atención hospitalaria después del parto para Usted y Su hijo recién nacido durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. Si se requiere tiempo adicional, debe obtener Nuestra aprobación previa.

Nota: *Si es necesario internar a su hijo recién nacido en la Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos (UCIN), entonces cualquier Deducible/Copago correspondiente se aplicará por separado a su recién nacido, para todos los cargos cubiertos asociados con la internación. Esto es aparte de cualquier Deducible/Copago que corresponda a la madre.*

En el caso de que usted o su recién nacido sean dados de alta antes de la expiración de las horas mínimas de cobertura antes descritas, cubriremos la atención posparto. La atención posparto podrá prestarse en el consultorio de su proveedor o en su casa. Los servicios de atención posparto incluyen evaluaciones físicas maternales y neonatales (evaluaciones físicas para Usted y Su recién nacido); instrucción para los padres, asistencia y capacitación en lactancia materna y alimentación con biberón; y la realización de las pruebas clínicas apropiadas. Un médico, un enfermero matriculado u otro profesional de la salud pueden proporcionar los servicios. Esta visita es adicional a Su cobertura de atención obstétrica ambulatoria posparto. Consulte *Atención Obstétrica Prenatal y Posparto* en esta sección. El plan proporciona cobertura para administrar una prueba de detección para recién nacidos, incluido el costo del kit de la prueba.

2. Mastectomía o Procedimientos Relacionados

Aprobaremos los ingresos para servicios de mastectomía o los procedimientos relacionados de acuerdo con los estándares descritos a continuación.

Cubrimos la atención hospitalaria después de una mastectomía o procedimientos relacionados para el tratamiento del cáncer de mama durante un mínimo de 48 horas tras una mastectomía y 24 horas después de una disección de los ganglios linfáticos, a menos que Usted y Su Médico tratante determinen que es adecuado un período más corto de atención hospitalaria.

Cubrimos todas las etapas de la reconstrucción de la mama y la mastectomía, lo cual incluye la reconstrucción quirúrgica para restaurar o alcanzar la simetría o el equilibrio de una mama en la que no se ha realizado la mastectomía, prótesis y el tratamiento de complicaciones físicas, entre ellas, linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.

Consulte también la Sección 5, *Lo que No Está Cubierto.*

3. Habitación, Comidas y Atención de Enfermería General

La habitación y las comidas en el hospital, incluyendo los servicios y suministros médicos diarios regulares, se pagarán como se indica en el Cuadro de Copagos. Los cargos de un Hospital que tiene solamente habitaciones individuales o privadas se considerarán a la tarifa menos costosa para una habitación individual o privada.

Cubrimos las dietas especiales durante la atención hospitalaria si son prescritas por un médico. Cubrimos la enfermería privada. Su Médico debe recomendarla.

4. Servicios Médicos, Quirúrgicos y Obstétricos

Cubrimos los siguientes servicios médicos, quirúrgicos y obstétricos:

- Servicios del médico;
- Quirófano e instalaciones relacionadas;
- Servicios de anestesia y oxígeno;
- Servicios y unidades de cuidados intensivos y otro tipo de atención especial;
- Radiografías, análisis de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico;
- Medicamentos recetados y productos biológicos para usar mientras está hospitalizado;
- Radioterapia y terapia de inhalación; y
- Sangre entera, hemoderivados o componentes sanguíneos y su administración.

5. Ingreso en la Unidad de Observación

Cubrimos internaciones en la unidad de observación de un Hospital, o admisiones a otro centro aprobado si el ingreso para la observación lo indica Su PCP o un especialista participante.

6. Servicios de Rehabilitación

Cubrimos la rehabilitación de pacientes, que incluye servicios atención quiropráctica y de terapia del habla, ocupacional y física, incluidos los servicios de rehabilitación cardíaca que cumplen con todas estas condiciones:

- Su PCP o un especialista del plan ordena dichos servicios de rehabilitación o terapia;
- Se puede esperar que los servicios satisfagan o excedan los objetivos de tratamiento establecidos para Usted por Su Médico.

Para una persona con discapacidad física, los objetivos de tratamiento incluyen el mantenimiento de las funciones o la prevención o la desaceleración de un mayor deterioro.

7. Servicios de Habilitación

Cubrimos la habilitación de pacientes, que incluye servicios atención quiropráctica y de terapia del habla, ocupacional y física, incluidos los servicios de rehabilitación cardíaca que cumplen con todas estas condiciones:

- Su PCP o un especialista del plan ordena dichos servicios de rehabilitación o terapia;

- Se puede esperar que los servicios satisfagan o excedan los objetivos de tratamiento establecidos para Usted por Su Médico.

Para una persona con discapacidad física, los objetivos de tratamiento incluyen el mantenimiento de las funciones o la prevención o la desaceleración de un mayor deterioro.

8. Centro de Enfermería Especializada

Cubrimos la atención hospitalaria en un Centro de Enfermería Especializada si cumple con todas las condiciones a continuación:

- Los servicios se prestan bajo la supervisión de un médico y son ofrecidos de acuerdo con el criterio de un proveedor calificado, con la habilitación correspondiente, como un enfermero vocacional habilitado o registrado, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, un terapeuta respiratorio o un patólogo del habla y el lenguaje.
- Los servicios son razonables para tratar una enfermedad o lesión específica.
- Se espera que los servicios produzcan una mejora significativa y medible en su afección o en sus capacidades funcionales.
- Los servicios calificados necesarios no pueden prestarse en un entorno menos intenso, como atención especializada de enfermería intermitente a domicilio y cuidado asistencial.
- Los servicios se respaldan por pautas o bibliografía médica basada en evidencia que resulta específica, eficaz y razonable para su diagnóstico y su estado físico.

Consulte la Sección 5, *Lo que No Está Cubierto,* para conocer las exclusiones.

9. Servicios de Salud Mental a Corto Plazo

La evaluación a corto plazo y la Intervención en Casos de Crisis están cubiertas para los Miembros y las Personas a Cargo que tengan una crisis psiquiátrica aguda de proporciones graves, que afecte sustancialmente el pensamiento, la percepción de la realidad y el juicio o que afecte de manera extrema el comportamiento.

Los beneficios para las afecciones de salud mental están cubiertos bajo los mismos términos y las mismas condiciones que se aplican a los beneficios y la cobertura médicos y para cirugías del plan.

10. Servicios por Enfermedad Mental Grave

El tratamiento de las enfermedades mentales graves está cubierto si la enfermedad o el trastorno mental a tratar es una de las siguientes enfermedades psiquiátricas como se define en el DSM vigente:

- Esquizofrenia;
- Trastornos paranoides y otros trastornos psicóticos;
- Trastornos bipolares (hipomanía, manía, depresión y mixtos);
- Trastornos depresivos mayores (episodio único o recurrente);
- Trastornos esquizoafectivos (bipolar o depresión);
- Trastornos obsesivo-compulsivos; y
- Depresión en la infancia y la adolescencia.

11. Tratamiento de la Dependencia de Sustancias Químicas

El tratamiento hospitalario médicamente necesario para la dependencia de sustancias químicas (abuso, dependencia psicológica o física, o adicción al alcohol o a una sustancia controlada) y la desintoxicación están cubiertos. La cobertura se ofrece en los mismos términos y condiciones que los beneficios médicos y quirúrgicos para otras enfermedades físicas.

12. Sangre y Hemoderivados

Proporcionamos cobertura para:

- El costo total que incluye la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores plasmáticos que no fueron reemplazados por usted.
- Administración de sangre total y plasma sanguíneo.

SERVICIOS DE TELEMEDICINA Y TELESALUD

Su Plan incluye los servicios de Telesalud y Telemedicina. Los servicios pueden ser prestados por un Proveedor Participante del Plan. El monto del Deducible o Copago no puede exceder la cantidad del Deducible o Copago requerido para un servicio médico comparable proporcionado a través de una consulta en persona.

OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Consulte el Cuadro de Copagos para conocer los importes de los copagos y cualquier limitación de los beneficios que se pueda aplicar a ciertos servicios.

1. Atención Médica Domiciliaria

Los Servicios de Salud incluyen:

- Enfermería especializada proporcionada por un enfermero registrado o profesional con licencia bajo la supervisión de por lo menos un enfermero registrado y por lo menos un Médico;
- Terapia del habla, física, ocupacional y respiratoria;
- El servicio de un asistente de atención médica en el hogar bajo la supervisión de un enfermero registrado; y
- La entrega de equipos y suministros médicos aparte de los fármacos y medicamentos.

La Agencia de Atención Médica Domiciliaria es una empresa que:

- Proporciona servicios de atención médica domiciliaria; y
- Posee una licencia otorgada por el Departamento de Servicios Humanos bajo el Capítulo 142 del Código de Salud y Seguridad de Texas.

El servicio de atención médica domiciliaria proporciona servicios médicos mediante pago u otras consideraciones y se lleva a cabo en el domicilio del paciente con un plan médico que está:

- Establecido, aprobado por escrito y revisado por lo menos cada dos meses por el médico tratante; y
- Certificado por el médico tratante según sea necesario para fines médicos.

Se proporcionan servicios de atención médica domiciliaria a menos que el médico tratante certifique que es necesaria la hospitalización o la permanencia en un centro de enfermería especializada en caso de que no se haya proporcionado un plan de tratamiento para la atención médica domiciliaria.

Cubrimos los servicios de enfermería especializada que forman parte de la atención médica domiciliaria a través de:

1. Una agencia de atención médica domiciliaria autorizada; o

2. Servicios de enfermería privados con aprobación previa en las siguientes circunstancias limitadas:
    - Enfermería especializada que excede la capacidad de la atención domiciliaria periódica de una agencia autorizada; y
    - Su atención médica se puede llevar a cabo sin peligro en su hogar; y
    - Su PCP está dispuesto a acompañarlo durante el servicio de enfermería privado; y
    - La atención no se utiliza para proporcionar cuidado supervisado o por razones de conveniencia del miembro o la familia.

2. Terapia de Infusión Domiciliaria

Cubrimos la administración de medicamentos (incluida la quimioterapia), fluidos o nutrición mediante infusión intravenosa en su hogar. Los medicamentos de la terapia de infusión domiciliaria están cubiertos bajo "Medicamentos Inyectables". La Terapia de Infusión Domiciliaria incluye estos beneficios:

- Equipos y suministros necesarios para administrar la terapia;
- Servicios de entrega;
- Servicios de enfermería relacionados; y
- Educación del paciente y de la familia.

Los medicamentos inyectables reconocidos por la FDA como apropiados para la autoadministración (denominados "medicamentos autoinyectables"), independientemente de la capacidad del inscrito para autoinyectarse, están cubiertos cuando aparezcan en el Formulario de FirstCare. Vea la Sección 3, *Qué Está Cubierto, Servicios de Medicamentos Recetados*, de esta Evidencia de Cobertura para obtener más detalles.

3. Servicio de Transporte en Ambulancia de No Emergencia

Cubrimos el transporte en ambulancia que no es de emergencia (por ejemplo, usted es dado de alta de un centro de atención hospitalaria y es necesario trasladarlo a un centro de enfermería especializada).

Para los servicios de ambulancia de emergencia, consulte la Sección 4, *Servicios de Atención de Urgencia y de Emergencia Fuera del Área de Servicio.*

4. Servicios de Cirugía Reconstructiva

Los Servicios de Salud Cubiertos proporcionados o bajo la dirección de un Médico en el consultorio de un Médico, en un Hospital u otro Centro o programa de Atención Médica y que son necesarios para:

- Corregir un defecto resultante de una anomalía que estaba presente en el nacimiento;
- Restablecer el funcionamiento fisiológico normal después de un accidente, una lesión o una enfermedad;
- Realizar la reconstrucción de senos necesaria por una extirpación parcial o completa del seno a causa del cáncer. La reconstrucción del seno no afectado está cubierta cuando es necesaria para lograr la simetría y las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas, incluyendo linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía. La reconstrucción inicial de un seno que resulta de una mastectomía que se produjo antes de la Fecha de Entrada en Vigencia de la cobertura es un beneficio cubierto.
- Realizar una cirugía por anomalías craneofaciales para mejorar la función o para intentar crear una apariencia normal de una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades.

5. Prótesis y Órtesis

Cubrimos los dispositivos de prótesis y órtesis externos, estándar y no cosméticos. Algunos ejemplos cubiertos incluyen brazos, piernas, manos, pies y ojos artificiales, prótesis mamarias y sostenes quirúrgicos después de una mastectomía por cáncer de mama. Consulte la Sección 11, *Definiciones*, para obtener más información.

Cubrimos la reparación o el reemplazo de cualquier prótesis u órtesis externa, a menos que la reparación sea necesaria debido al mal uso del dispositivo o cuando el reemplazo se debe a que el Miembro lo perdió. También cubrimos los servicios profesionales relacionados con el ajuste y el uso adecuado de estos dispositivos que equivalen a la cobertura proporcionada en virtud de la ley federal.

Los zapatos ortopédicos/correctivos, plantillas, soportes para el arco, insertos ortopédicos y otros dispositivos de soporte para los pies están cubiertos si están previamente aprobados y son Médicamente Necesarios. Cubrimos las férulas para el tobillo que sean necesarias tras una cirugía.

6. Dispositivos Implantables Internos

Cubrimos las prótesis y los dispositivos ortopédicos internos no cosméticos, incluso los soportes y las prótesis permanentes de partes defectuosas del cuerpo, a excepción de los que se describen en la Sección 5, *Lo que No Está Cubierto*.

Algunos ejemplos de aparatos cubiertos son: implantes cocleares, reemplazos de articulaciones, válvulas cardíacas, marcapasos cardíacos internos, estimuladores de la médula espinal y lentes intraoculares implantables después de una cirugía de cataratas o para reemplazar un lente orgánico que está ausente por motivos congénitos. Se proporcionan beneficios para lentes implantables en relación con la cirugía de cataratas u otras enfermedades oculares o para sustituir un lente orgánico que falta por motivos congénitos. Los lentes de contacto están cubiertos únicamente para el tratamiento del Queratocono.

Nota: Solo algunas marcas/tipos de dispositivos implantables internos están cubiertos y algunos dispositivos implantables requieren la aprobación previa de FirstCare.

7. Equipo Médico Duradero

El siguiente equipo médico duradero está cubierto como un beneficio del Plan básico:

El Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés) es un equipo médico que ante la ausencia de una enfermedad o lesión no tiene ningún valor médico ni de otro tipo para usted, que puede resistir el uso repetido por más de una persona y no es desechable. Algunos ejemplos de estos equipos incluyen, entre otros: muletas, camas de hospital, sillas de ruedas, andadores, bombas para el tratamiento de linfedema, dispositivos de tracción, bastones, aparatos de Movimiento Pasivo Continuo (MPC), bombas de infusión, bombas de insulina, luz para fototerapia, colchones y bombas de presión alterna.

Se proporciona cobertura para el DME que reúna las siguientes condiciones:

- El DME debe ordenarlo o recetarlo un profesional de la salud y debe suministrarlo un proveedor contratado;
- El DME puede comprarse o alquilarse, lo que sea más rentable, según lo determine el Director Médico del Plan;
- Se proporciona cobertura únicamente para el equipo inicial; y
- Solo el equipo estándar está cubierto. Las funciones especiales que no forman parte del equipo básico no están cubiertas, tales como camas eléctricas y sillas de ruedas motorizadas o personalizadas.

En caso de que se determine que es más rentable la compra o cuando lo que se deba pagar de alquiler sea igual al precio de compra de cualquier DME, el DME se convierte en propiedad de la empresa. Usted es responsable de cualquier reemplazo, reparación, ajuste o mantenimiento de rutina de Su equipo.

8. Suministros Médicos

Los siguientes suministros médicos están cubiertos.

- Los suministros estándar de ostomía, kits de vendajes estériles, tales como los kits de traqueotomía y kits de vendaje de la línea central, así como los suministros médicos que requieren una orden médica para comprarlos, cuando se adquieren a través de un Proveedor Participante. Los suministros de venta libre que se pueden comprar sin una receta del Médico no están cubiertos. Consulte la Sección 5, *Lo que No Está Cubierto*.
- Suministros descartables para Terapia de Infusión Domiciliaria
- Jeringas para alergias.

9. Servicios para la Diabetes

Para los miembros diagnosticados con diabetes, niveles elevados de glucosa en sangre inducidos por el embarazo u otras condiciones médicas asociadas con niveles elevados de glucosa en sangre, los productos, equipos y medicamentos para diabéticos y la educación para el autocontrol de la diabetes están cubiertos. También están cubiertos los exámenes de la vista para los Miembros con diabetes.

Materiales y Suministros para el Tratamiento de la Diabetes

Consulte en esta sección, *Equipo Médico Duradero y Suministros*. Los Suministros de Bomba de Insulina se pueden obtener en cantidades para 30 días a través de este beneficio de Suministro Médico Duradero o en una cantidad para 90 días a través de una Farmacia Participante en el Servicio por Correo. Visite www.FirstCare.com y el portal web seguro para miembros myFirstCare Self Service para obtener más información.

Medicamentos para la Diabetes

Los siguientes medicamentos para el tratamiento de la diabetes están cubiertos:

- Insulina;
- Preparados de análogos de insulina;
- Medicamentos recetados y sin receta para controlar los niveles de azúcar en la sangre; y
- Kits de emergencia de glucagón.

Los medicamentos están limitados a un suministro para 30 días cuando se compran a través de una farmacia minorista del Plan o un suministro para 90 días cuando se compran a través de una Farmacia Participante del Servicio por Correo. Para obtener información sobre las farmacias participantes, visite www.FirstCare.com y el portal web seguro para miembros myFirstCare Self Service.

Usted paga un Copago por cada medicamento. Para obtener una lista detallada de los Copagos, consulte el *Cuadro de Copagos.*

Educación para el Autocontrol de la Diabetes

Los programas de capacitación individual y grupal para el autocontrol de la diabetes están cubiertos cuando son ordenados por Su Médico y proporcionados por un Proveedor Participante con licencia o un educador certificado en diabetes o dietista, en las siguientes circunstancias:

- Después del diagnóstico inicial, que incluye el asesoramiento nutricional y el uso adecuado del Equipo y los Suministros para la Diabetes;
- Cuando el proveedor diagnostica un cambio significativo en la afección que requiere un cambio en Su régimen de autocontrol; o
- Cuando el proveedor receta, ordena o recomienda la capacitación adicional con el fin de enseñarle al Miembro sobre las nuevas técnicas y tratamientos para la diabetes.

10. Audífonos e Implantes Cocleares

Ofrecemos cobertura para un audífono o implante coclear y servicios e insumos relacionados para una persona cubierta. Consulte el Cuadro de Copagos para obtener más detalles.

La cobertura incluye:

- Servicios de colocación y ajuste y suministro de moldes auditivos para asegurar que el ajuste de los audífonos sea óptimo;
- Todos los tratamientos relacionados con audífonos e implantes cocleares, así como cobertura de habilitación y rehabilitación con fines educativos; y
- Para los implantes cocleares, un procesador del habla externo y un controlador con reemplazo de componentes necesarios cada tres años; y

Limitaciones:

- Un audífono en cada oreja cada tres años; y
- La receta de los audífonos debe estar escrita por:
    a. Un médico certificado, como otorrinolaringólogo u otólogo; o
    b. Un audiólogo que (1) esté legalmente calificado para ejercer la audiología o (2) tenga un certificado de Competencia Clínica en Audiología de la Asociación Estadounidense del Habla y la Audición en caso de ausencia de los requisitos de licencias; y que lleve a cabo el examen en la dirección escrita de un otorrinolaringólogo u otólogo legalmente calificado.
- Cuando se pueden utilizar audífonos alternativos, la cobertura del plan puede estar limitada al costo del dispositivo de menor precio que:
    a. Se utiliza habitualmente en todo el país para el tratamiento, y
    b. Que la profesión médica considera como apropiado para el tratamiento de la enfermedad en cuestión. El dispositivo debe cumplir con los estándares ampliamente aceptados de la práctica médica, teniendo en cuenta su estado físico. Debe revisar las diferencias en el costo del tratamiento alternativo con su médico. Aun así, Usted y Su Médico pueden elegir el método de tratamiento más costoso. Sin embargo, Usted es responsable de los cargos que excedan lo que cubre el Plan.
- Un implante coclear en cada oreja con reemplazo interno según necesidad médica o audiológica.

La cobertura requerida que aparece en esta sección está sujeta a todo suministro que se aplica generalmente a coberturas proporcionadas para beneficios de equipo médico duradero incluido en el Plan, que incluye una disposición relacionada con Deducibles, Copagos y autorizaciones previas.

11. Servicios Limitados por Accidentes Dentales

Proporcionamos una cobertura limitada de servicios dentales que estarían excluidos de la cobertura pero que el Director Médico ha determinado que son Médicamente Necesarios, están relacionados y son una parte integral de un procedimiento médico cubierto. Los ejemplos pueden incluir lo siguiente:

- Tratamiento, incluida la extracción de dientes rotos según sea necesario para reducir una fractura de mandíbula.
- La reconstrucción de un reborde dental resultante de la extracción de un tumor maligno.
- La extracción de dientes antes de la terapia de radiación de la cabeza y el cuello.
- Prótesis dentales como resultado de la terapia de radiación de la cabeza y el cuello o prótesis dentales de reemplazo por cambios en la boca como resultado de la terapia de radiación de la cabeza y el cuello.

Proporcionamos una cobertura limitada para la restauración inicial y la corrección de los daños a los dientes naturales y/o la mandíbula causados por una lesión accidental violenta externa si:

- La fractura, la dislocación o el daño es el resultado de una lesión accidental;
- Usted solicita tratamiento dentro de las 48 horas del momento del accidente o tras la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, lo que suceda después;
- La restauración o el reemplazo se completan dentro de los 6 meses de la fecha de la lesión o tras la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, lo que suceda después.

La extirpación de quistes de la boca (a excepción de los quistes directamente relacionados con los dientes y sus estructuras de soporte)

Ciertas cirugías orales, incluidos los procedimientos quirúrgicos maxilofaciales que se limitan a:

- La escisión de la neoplasia, incluyendo lesiones benignas, malignas y premalignas, tumores y quistes no odontogénicos;
- Incisión y drenaje de abscesos y celulitis; y
- Procedimientos quirúrgicos que involucren los senos paranasales, las glándulas y los conductos salivales.

Servicios Médicamente Necesarios prestados en un centro para pacientes ambulatorios participante y que se requieren para la prestación de servicios dentales necesarios y adecuados cuando los servicios dentales no se pueden prestar de forma segura en el consultorio de un dentista debido a una afección médica, física o mental del Miembro.

Los servicios descritos anteriormente son los únicos servicios dentales cubiertos por Su Plan. Consulte la Sección 5, *Lo que No Está Cubierto,* para obtener más detalles.

12. Servicios del Síndrome de la Articulación Temporomandibular (ATM)

Proporcionamos cobertura para el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de los trastornos y las afecciones que afectan la articulación temporomandibular, que incluye la mandíbula y el complejo articular craneomandibular, como resultado de un accidente, trauma, defecto congénito, defecto de desarrollo o una patología.

No cubrimos los aparatos y dispositivos orales que se utilizan para tratar los trastornos de dolor de la articulación temporomandibular y la disfunción de la articulación y las estructuras relacionadas, como la mandíbula, los músculos de la mandíbula y los nervios. Consulte la Sección 5, *Lo que No Está Cubierto*.

13. Servicios de Diálisis

Los servicios de diálisis están cubiertos. No se requiere aprobación previa si los servicios los presta un proveedor participante contratado. Se requiere aprobación previa para estos servicios si se reciben de un Proveedor No Participante y se conceden solo cuando es Médicamente Necesario ver a un Proveedor No Participante.

14. Trasplantes de Órganos y Células Madre

Se requiere autorización previa para el trasplante de cualquier órgano, tejido o dispositivo artificial aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), aun cuando el miembro ya esté en un centro de tratamiento conforme a otra autorización previa.
Los trasplantes cubiertos deben cumplir las siguientes condiciones o no tendrán cobertura:

- El receptor es un Miembro.
- El Miembro cumple con todos los criterios utilizados por FirstCare para determinar la necesidad médica para el trasplante.
- El Miembro cumple con todos los protocolos establecidos por el centro en el que se realiza el trasplante.
- Un centro médico contratado o reconocido a nivel nacional que ha sido designado y aprobado por FirstCare como un centro de Nuestra red de trasplantes y está autorizado para evaluar el caso del Miembro, ha determinado que el trasplante propuesto es adecuado para el tratamiento de la afección del Miembro y ha aceptado llevar a cabo el trasplante;
- El trasplante propuesto no es experimental ni de investigación para el tratamiento de la afección del Miembro y no se realizará en conexión con un fármaco, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico que sea experimental o de investigación.
- Se utilizan órganos o tejidos humanos donados o un dispositivo artificial aprobado por la FDA.

Los servicios y suministros relacionados con un trasplante de órgano o tejido o un dispositivo artificial aprobado por la FDA incluyen, entre otros, los estudios por imágenes (por ejemplo, radiografías, tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI)), pruebas de laboratorio, quimioterapia, radioterapia, medicamentos de venta con receta, obtención de órganos o tejidos de un donante vivo o fallecido y las complicaciones que surjan de dicho trasplante.

Nota: *Las denegaciones de tratamientos o procedimientos experimentales/de investigación o Médicamente Necesarios son elegibles para revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (ORI). Consulte la Sección 9 para obtener información sobre los Procedimientos de Reclamos y Apelaciones de los Miembros.*

Limitaciones y Servicios No Cubiertos

La cobertura de cada tipo de trasplante de órgano sólido mencionado anteriormente está limitada a un (1) trasplante inicial y un (1) nuevo trasplante posterior debido al rechazo.

Para el trasplante cubierto de un Miembro del Plan, los costos médicos para la extirpación de órganos, tejidos o médula ósea de un donante vivo están cubiertos, pero solo en la medida en que tales costos no estén cubiertos por el plan de salud individual o colectivo del donante, un contrato de beneficios, plan prepago o cualquier otro acuerdo de cobertura de los gastos médicos, ya sea con o sin seguro. Si el donante es también un Miembro de FirstCare, la cobertura está sujeta a todos los procedimientos, limitaciones, exclusiones, Copagos y Deducibles que se aplican en virtud del plan del Miembro donante solo si reúne las condiciones antes mencionadas. No cubrimos ningún otro gasto del donante, incluyendo los costos de transporte.

15. Quimioterapia

Cubrimos los servicios de quimioterapia.

16. Radioterapia

Cubrimos los servicios de radioterapia.

17. Fórmulas Elementales a Base de Aminoácidos

Proporcionamos cobertura de fórmulas elementales a base de aminoácidos, independientemente del método de administración de la fórmula, que se utilizan para el diagnóstico o tratamiento de las siguientes afecciones:

- Alergias mediadas por la inmunoglobulina E y no mediadas por la inmunoglobulina E a múltiples proteínas alimentarias;
- Síndrome de enterocolitis severa inducida por proteínas alimentarias;
- Trastornos eosinófilos, según lo muestran los resultados de una biopsia; y
- Deterioro de la absorción de nutrientes causado por trastornos que afectan la superficie de absorción, la longitud funcional y la motilidad del tracto gastrointestinal.

La cobertura de estos servicios se proporciona de una manera no menos favorable que los fundamentos sobre los que los medicamentos recetados y otros medicamentos y servicios relacionados están cubiertos por este Plan.

18. Ensayos Clínicos: Atención de Rutina del Paciente

En lo que respecta a este beneficio, la atención de rutina del paciente conlleva los costos de cualquier servicio de atención médica para el que se proporcionan beneficios conforme a un plan de beneficios de salud, independientemente de si Usted está participando en un ensayo clínico.

Los costos de atención de rutina de los pacientes NO incluyen:

- Los costos de los nuevos medicamentos o dispositivos de investigación que no estén aprobados para cualquier indicación por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, incluyendo los medicamentos o dispositivos que son objeto de ensayos clínicos;
- Los costos de los servicios que no sean servicios de atención médica, independientemente de si el servicio es necesario en relación con la participación en ensayos clínicos;
- Los costos de los servicios que sean claramente incompatibles con las normas ampliamente aceptadas y establecidas de atención para un diagnóstico en particular; o
- Los costos de los servicios de atención médica que estén específicamente excluidos de este Plan. Consulte la Sección 5, *Lo que No Está Cubierto,* para obtener más detalles.

Se ofrece este beneficio para la atención de rutina de un Miembro en relación con un ensayo clínico de Fase I, II, III o IV si el ensayo clínico se llevó a cabo para la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal.

19. Servicios de Cuidados Paliativos

Cubrimos la atención y el tratamiento de un Miembro por parte de un centro de cuidados paliativos participante si se cumplen las siguientes condiciones:

- Los servicios son proporcionados por un proveedor de servicios paliativos participante certificado por el estado de Texas;
- Su Médico ha certificado que usted tiene una esperanza limitada de vida de 6 meses o menos debido a una enfermedad terminal;

Los servicios cubiertos incluyen la prestación de servicios de alivio del dolor, manejo de síntomas y servicios de apoyo a los Miembros con enfermedades terminales y sus familiares más cercanos, ya sea como pacientes ambulatorios y como pacientes hospitalizados.

20. Asesoramiento Nutricional

Su plan incluye cobertura para servicios de asesoramiento nutricional por parte de un proveedor participante. Consulte el Cuadro de Copagos para obtener detalles de los beneficios.

SERVICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Consulte el Cuadro de Copagos para conocer los importes de los copagos y cualquier limitación de los beneficios que se pueda aplicar a ciertos servicios.

Usted y sus dependientes cubiertos serán elegibles para recibir medicamentos con receta de la siguiente manera:

Medicamentos cubiertos, productos farmacéuticos y otros medicamentos

Los únicos medicamentos, productos farmacéuticos u otros medicamentos cubiertos (en la presente denominados colectivamente "medicamentos" o "medicamentos") de aquí en adelante son aquellos que, según las leyes federales o estatales, pueden administrarse solo de acuerdo con el pedido de un profesional de la salud autorizado con registros correspondientes en agencias de cumplimiento de la ley, que son recetados de la siguiente manera:

a. por un profesional de la salud de la red;
b. en relación con el tratamiento de emergencia, por un profesional de la salud que lo atiende a usted o a su dependiente cubierto en un centro de emergencia;
c. por un profesional de la salud de referencia a quien usted o su dependiente cubierto hayan sido referidos por un profesional de la salud de la red, que se utilizan para el tratamiento de una enfermedad o lesión según este acuerdo;
d. surtidos a través de una farmacia de la red del plan de salud de conformidad con este acuerdo.

Según sea médicamente adecuado, el director médico puede exigir la sustitución de cualquier medicamento por otro medicamento o forma de tratamiento que, según las recomendaciones del Comité de Farmacia y Terapéutica o el Subcomité de Farmacia y Terapéutica y la opinión profesional del director médico, brinde resultados iguales o mejores a menor costo. Las fórmulas dietéticas especiales para personas con fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias también están cubiertas por este beneficio de medicamentos con receta. La cobertura se proporciona en la misma medida en que el plan brinda cobertura para medicamentos que están disponibles solo por pedido de un médico. Las enfermedades hereditarias son aquellas que pueden provocar retraso mental o físico o la muerte. La fenilcetonuria es una afección hereditaria que, si no se trata, puede causar retraso mental grave.

Cobertura para el uso no autorizado de medicamentos

Los medicamentos con receta para tratarlo a usted o para tratar enfermedades cubiertas, crónicas, incapacitantes o potencialmente mortales de sus dependientes cubiertos tienen la posibilidad de estar cubiertos, conforme a este beneficio de medicamentos con receta, si la Administración de Alimentos y Medicamentos lo ha aprobado para al menos una indicación y es reconocido para el tratamiento de dicha indicación para la cual se receta el medicamento, ya sea en un compendio de referencia de medicamentos con receta o en documentación médica revisada por pares ampliamente aceptada. Si la indicación para la cual se receta el medicamento no es una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), el plan de salud se reserva el derecho de eximir al medicamento de la cobertura para ese uso no autorizado dentro del plan de beneficios de medicamentos con receta. La cobertura del medicamento incluye la cobertura de servicios médicamente necesarios relacionados con la administración del medicamento; sin embargo, no incluye la cobertura de medicamentos experimentales que, de otra manera, no estén aprobados para ninguna indicación por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos ni la cobertura de un medicamento que la FDA no haya aprobado o que, según los compendios de referencia de medicamentos con receta o la documentación médica revisada por pares, no se considere un uso médicamente aceptado para la indicación propuesta.

Desarrollo de formularios basados en evidencia

El plan de salud ofrece cobertura para medicamentos con receta de acuerdo con un formulario basado en evidencia desarrollado por médicos y farmacéuticos que comprenden el Comité de Farmacia y Terapéutica. Un formulario es una lista de medicamentos para los cuales el plan de salud ofrece cobertura. El Comité de Farmacia y Terapéutica se reúne al menos trimestralmente para revisar la evidencia científica, los datos financieros y una amplia gama de otra información sobre medicamentos para la posible cobertura y colocación en el formulario. En función de esa revisión, el comité selecciona los medicamentos que considera más seguros y eficaces entre los que cumplen con los objetivos deseados de proporcionar el tratamiento adecuado al costo más razonable. Una vez que se realiza dicha determinación, el plan de salud puede obtener o acceder a contratos con el fabricante de los medicamentos para obtener bonificaciones. El comité no seleccionará un medicamento para el formulario hasta que no haya suficiente evidencia clínica disponible para permitirle determinar la seguridad y la eficacia comparables del medicamento. El comité define este plazo como 180 días de disponibilidad. El comité determina qué medicamentos incluir o eliminar, las limitaciones del suministro y la dosis, la secuencia de uso y todos los demás aspectos del formulario del plan de salud. El plan de salud emitirá un aviso por escrito con la modificación del formulario de medicamentos al comisionado y a cada titular afectado de un plan de beneficios de salud individual, a más tardar 60 días antes de la fecha en que la modificación entre en vigencia.

Solicitud de información del formulario

Usted o su dependiente cubierto pueden comunicarse con el plan de salud para averiguar si un medicamento específico está en el formulario. El plan de salud debe responder a su solicitud sobre el formulario de medicamentos a más tardar el tercer día hábil después de la fecha de la solicitud para divulgar si un medicamento específico está en el formulario. Sin embargo, la presencia de un medicamento en el formulario de medicamentos no garantiza que su profesional de la salud le recete el medicamento para una afección médica o enfermedad mental en particular.

Listas del formulario

Los copagos varían según el nivel en que un plan de salud haya colocado un medicamento en particular. Los medicamentos del formulario del plan de salud que son medicamentos genéricos preferidos exigen el copago más bajo. Los medicamentos del formulario del plan de salud que son medicamentos de marca preferidos exigen un copago mayor. Los medicamentos que no están en los niveles genérico o de marca preferidos en el formulario del plan de salud, que son medicamentos de elección alternativa u otros medicamentos para algunas afecciones médicas que no se tratan mediante medicamentos en los niveles preferidos, pueden no estar cubiertos por el plan de salud o pueden exigir el mayor copago, según el plan de beneficios seleccionado. Si un medicamento en particular apareció en el formulario del plan de salud al comienzo del año de su plan, el plan pondrá a disposición dicho medicamento en el nivel de beneficio contratado hasta el final del año del plan, independientemente de si el medicamento con receta se ha eliminado del formulario del plan de salud.

Los medicamentos con receta designados en el formulario como medicamentos de farmacia especializada que se administran en una farmacia participante y se autoadministran o administran en el consultorio de un proveedor participante pueden estar cubiertos conforme a esta Evidencia de cobertura, sujetos a los copagos, coseguros y deducibles de farmacia especializada detallados en el Cuadro de Beneficios.

Usted o su dependiente cubierto pueden comunicarse con el plan de salud para obtener una copia de los medicamentos de farmacias especializadas que aparecen en el formulario de medicamentos.

Los medicamentos que figuran en el formulario del plan de salud y los medicamentos de farmacias especializadas pueden exigir autorización previa por parte de un director médico o estar sujetos a requisitos de cobertura médica.

Los medicamentos que no figuran en el formulario pueden estar cubiertos en los siguientes casos:

1. El medicamento no está excluido de la cobertura.
2. El medicamento es médicamente necesario.

3. Se han probado las alternativas del formulario, pero no fueron suficientes para tratar su afección, o existen razones clínicamente significativas por las que las alternativas del formulario no serían adecuadas.

El profesional de la salud que receta debe presentar una solicitud de autorización previa o una solicitud de apelación por escrito al plan de salud para que se considere la cobertura. Si se deniega la solicitud, usted y el profesional de la salud pueden apelar la denegación (consulte el PROGRAMA DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN en esta Evidencia de cobertura).

Medicamentos con receta para pacientes internados

Los medicamentos con receta, incluidos los medicamentos de farmacias especializadas, que se administran mientras ingresa en un centro de internación participante estarán cubiertos como parte de su beneficio de internación.

Medicamentos de farmacias especializadas

Ciertas clases de medicamentos de farmacias especializadas deben ser administradas por uno de los proveedores de farmacia especializadas participantes. Dichas clases de medicamentos de farmacias especializadas administradas por un proveedor de farmacia especializada participante estarán sujetas al copago del formulario para medicamentos de farmacias especializadas que se especifica en el Cuadro de Beneficios. Si no se obtienen estas clases específicas de medicamentos de farmacias especializadas del proveedor de farmacias especializadas participante, se puede denegar la cobertura de dichos medicamentos. Usted o su dependiente cubierto pueden comunicarse con el plan de salud para obtener una copia de las clases de medicamentos de farmacias especializadas que deben obtenerse de los proveedores de farmacias especializadas participantes de Scott and White.

Medicamentos de farmacias no especializadas administrados en consultorios o clínicas

Los medicamentos con receta que no cumplan con la definición de medicamentos de farmacias especializadas y que se distribuyan y administren a usted o su dependiente cubierto en el consultorio de un proveedor participante o en otro entorno ambulatorio estarán cubiertos como parte de su beneficio de servicios médicos; no se exigen copagos adicionales para medicamentos con receta para pacientes ambulatorios que se distribuyan y administren de esa forma. Estos medicamentos pueden requerir autorización previa de un director médico para estar cubiertos como parte de su beneficio de servicios médicos.

Los medicamentos de farmacias especializadas estarán cubiertos de acuerdo con el beneficio de medicamentos preferidos de farmacias especializadas, independientemente de si dicho medicamento se administra en el consultorio de un proveedor participante u otro entorno ambulatorio.

Requisitos de autorización

Para ciertos medicamentos, el plan de salud limita la cantidad que usted o su dependiente cubierto pueden recibir durante cierto período para asegurarse de que esté tomando una cantidad adecuada de un medicamento. La cobertura de ciertos medicamentos también puede exigir el fracaso previo de otro medicamento. Otros medicamentos pueden estar sujetos a otras restricciones clínicas. Algunos medicamentos pueden exigir autorización previa.

Las recetas únicas o las que se pueden volver a surtir que excedan las cantidades de los requisitos de autorización en el Cuadro de Beneficios requerirán autorización previa del director médico.

Si se niega la cobertura de un medicamento o una cantidad de medicamento en particular, usted y su profesional de la salud pueden apelar la denegación (consulte el PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS Y APELACIONES DE LOS MIEMBROS de esta Evidencia de cobertura).

Su proveedor puede enviar una solicitud de excepción al protocolo de terapia escalonada. Si no se niega una solicitud de excepción dentro de las 72 horas desde que se envió la solicitud, esta se considerará otorgada. Si el proveedor que receta considera que una denegación provocaría la muerte o daños graves, la solicitud se considerará otorgada si no se deniega dentro de las 24 horas posteriores al envío de la solicitud.

El protocolo de terapia escalonada no se aplica a los medicamentos utilizados para tratar el cáncer metastásico avanzado en estadio 4 o afecciones asociadas.

Limitaciones de los resurtidos

El resurtido de las recetas no estará cubierto hasta que su suministro existente o el de su dependiente cubierto sea inferior al 25 % de la cantidad de la receta.

Estas limitaciones se calcularán en función de la receta que se considere con la dosis recetada y los intervalos apropiados.

Los resurtidos de gotas para los ojos recetadas para tratar enfermedades oculares crónicas están autorizados si sucede lo siguiente:

- La receta original establece que se necesitan cantidades adicionales de gotas para los ojos.
- El resurtido no excede la cantidad total de unidades de dosificación autorizadas por el proveedor que receta en la receta original, incluidos los resurtidos.
- El resurtido se administra el último día del período de dosificación recetado o antes de este:
    - después del día 21 desde que se administró la receta para un suministro de 30 días de gotas para los ojos;
    - después del día 42 desde que se administró la receta para un suministro de 60 días de gotas para los ojos;
    - después del día 63 desde que se administró la receta para un suministro de 90 días de gotas para los ojos.

Medicamentos de mantenimiento

Para que un medicamento se considere de mantenimiento, este debe aparecer en la lista de medicamentos de mantenimiento del plan de salud.

Las recetas para tratar enfermedades crónicas se tendrán en cuenta para la sincronización médica de la siguiente manera:

- Cumple con los criterios de autorización previa.
- Se utiliza para el tratamiento y control de una enfermedad crónica.
- Se puede recetar con resurtidos.
- Es una fórmula que se puede administrar efectivamente de acuerdo con el plan de sincronización de medicamentos.
- No es una sustancia controlada del Programa II o III que contiene hidrocodona.
- Puede calificar para resurtidos sincronizados y montos de costos compartidos prorrateados para suministros parciales de ciertos medicamentos.

Copagos y deducibles

Usted debe pagar el copago de acuerdo con la cantidad y el suministro de días administrados por receta como se indica en el Cuadro de Beneficios. Cualquier deducible o copago por medicamentos con receta se considerará gasto de bolsillo a efectos de alcanzar el gasto máximo de bolsillo. El monto que paga por un medicamento con receta no será más que el copago (como se indica en el Cuadro de Beneficios), el monto permitido para el medicamento con receta o el precio real del medicamento.

Medicamentos orales contra el cáncer

Los medicamentos orales contra el cáncer están cubiertos por el beneficio de medicamentos especializados preferidos y están sujetos a los montos de costos compartidos aplicados a dichos medicamentos en el Cuadro de Beneficios.

Las recetas de medicamentos incluidos en el Programa de Administración Oral Oncológico se restringirán a un suministro de 15 días durante los primeros dos meses de tratamiento. Tenga en cuenta que, para los miembros con un copago de tarifa plana, los medicamentos incluidos en el Programa de Administración Oral Oncológico estarán sujetos al 50 % del monto del copago aplicable según se detalla en el Cuadro de Beneficios. Después de los primeros cuatro surtidos de un medicamento correspondiente al Programa de Administración Oral Oncológico, los miembros que continúan con el tratamiento pueden surtir su receta por un suministro máximo por día permitido según el Cuadro de Beneficios.

El *Proceso de Excepción Previa Autorización* está disponible para Miembros tal como se describe a continuación:

FirstCare ofrece un Proceso de Excepción de Medicamentos Recetados para que los Miembros soliciten la cobertura de medicamentos clínicamente adecuados que no están cubiertos en el Formulario de FirstCare.

1. **Solicitudes Urgentes**
   - Un Miembro, una persona designada por un Miembro o el Médico que receta el medicamento al Miembro (u otro proveedor) pueden presentar una solicitud a FirstCare para una revisión acelerada de un medicamento que no está cubierto en base a circunstancias urgentes.
   - Existen circunstancias urgentes cuando un Miembro padece una afección de salud que pueden poner en grave riesgo su vida, su salud o su capacidad de recuperar la máxima función o cuando un Miembro está siendo sometido a un tratamiento en curso con un medicamento no incluido en el formulario.
   - FirstCare tomará la decisión de cobertura respecto a una solicitud de revisión acelerada basada en circunstancias extremas, y notificará al Miembro o a la persona designada por el Miembro y al Médico que receta (u otra persona autorizada, según el caso) su decisión de cobertura a más tardar 24 horas después de recibir la solicitud.
   - Si FirstCare concede una excepción basada en circunstancias urgentes, deberá proporcionar la cobertura del medicamento fuera del formulario mientras dure la urgencia. El costo compartido (Deducibles/Copagos) para los medicamentos aprobados a través del proceso de excepción urgente se contabilizará para los límites anuales para la distribución de costos por Miembro (Deducibles anuales y límites de gastos por cuenta propia).

2. **Solicitudes Estándar**
   - Un Miembro, una persona designada por un Miembro o el Médico del Miembro que receta el medicamento (u otro proveedor) pueden solicitar la revisión estándar de una decisión respecto de que un medicamento no está cubierto por el Plan.
   - FirstCare tomará su decisión sobre una excepción estándar y notificará al Miembro o a la persona designada por el Miembro y el Médico que receta el medicamento (u otra persona autorizada, según corresponda) sobre la decisión de cobertura antes de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud.
   - Si FirstCare concede una solicitud de excepción estándar deberá proporcionar la cobertura del medicamento fuera del formulario por el tiempo que indique la receta, incluyendo las reposiciones. El costo compartido (Deducibles/Copagos) para los medicamentos aprobados a través del proceso de excepción estándar se contabilizará para los límites anuales para la distribución de costos por Miembro (Deducibles anuales y límites de gastos por cuenta propia).

3. Revisiones Externas

- Si FirstCare rechaza una solicitud de excepción estándar o de una excepción acelerada, el Miembro, la persona designada por el Miembro o el Médico tratante del Miembro (u otro proveedor) pueden presentar una solicitud para que la solicitud de excepción original y el posterior rechazo de dicha solicitud sean revisados por una Organización de Revisión Independiente (una ORI).

SECCIÓN 4: SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA Y DE EMERGENCIA FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO

Consulte el Cuadro de Copagos para conocer los importes de los copagos y cualquier limitación de los beneficios que se pueda aplicar a ciertos servicios.

Hay circunstancias especiales para los servicios de atención médica que cubrimos, aunque tales servicios no los proporcione un Proveedor Participante. Estos son:

Atención de Emergencia

1. Qué es la Atención de Emergencia

La atención de emergencia se refiere a los servicios de salud que se proporcionan en un centro de emergencias de un Hospital, un Centro de Atención Médica de Emergencias Independiente o un centro de emergencias comparable para evaluar y estabilizar afecciones médicas de aparición reciente y de gravedad que incluyen, entre otros, un dolor intenso que haría que una persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y de la salud considerara que su afección, enfermedad o lesión es de tal naturaleza que la falta de atención médica inmediata podría tener como consecuencia:

- Poner en grave peligro la salud del paciente;
- El deterioro grave de las funciones orgánicas;
- La disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;
- La desfiguración grave; o
- En el caso de una mujer embarazada, peligro grave para la salud del feto.

Los ataques al corazón, los accidentes cardiovasculares, las intoxicaciones, la pérdida del conocimiento o la respiración, las convulsiones, la hemorragia severa y los huesos rotos son ejemplos de emergencias médicas para las cuales estaría cubierta la atención de emergencia.

La atención de emergencia incluye los siguientes servicios:

- Una evaluación médica inicial por parte del centro que proporciona la atención de emergencia u otra evaluación requerida por la ley federal o estatal que sea necesaria para determinar si existe una afección médica de emergencia;
- Servicios para el tratamiento y la estabilización de una afección de urgencia; y
- La atención posterior a la estabilización que se origina en la sala de urgencias de un Hospital, un Centro de Atención Médica de Urgencias Independiente o un centro de urgencias comparable, si está aprobado por nosotros, teniendo en cuenta que debemos aprobar o denegar la cobertura dentro del plazo adecuado para las circunstancias relacionadas con la prestación de servicios y la enfermedad del paciente, sin superar una hora tras la solicitud de aprobación por el Médico tratante o la sala de urgencias del Hospital.

Los Servicios de Emergencia, incluyendo los servicios hospitalarios, están cubiertos independientemente de la ubicación del centro donde se prestan los servicios.

2. Requisitos para Toda la Atención de Emergencia

La atención de emergencia debe cumplir con todas las condiciones a continuación:

- Si se lo interna de emergencia en un centro no participante, debe ponerse en contacto con el Plan dentro de las 24 horas, a menos que le resulte imposible hacerlo; y

- Usted (o alguien en su nombre) deben aceptar la transferencia a la atención de Proveedores Participantes tan pronto como pueda hacerse sin perjudicar Su estado de salud. No cubrimos los servicios proporcionados por Proveedores No Participantes después del momento en el que usted puede ser transferido de forma segura a la atención de un Proveedor Participante.

FirstCare tiene derecho a revisar los servicios y las circunstancias en las que los recibió. Cubrimos la evaluación médica inicial necesaria para determinar si existe una situación médica de urgencia, así como los servicios para tratar y estabilizar. Después de que se haya estabilizado la situación médica de urgencia, su Médico debe autorizar previamente la continuación del tratamiento o podría no tener cobertura. FirstCare aprobará o denegará la continuación del tratamiento tras la estabilización de su enfermedad de emergencia dentro de una hora de la solicitud de su Médico.

Atención de Urgencia Fuera del Área de Servicio

1. *Qué es la Atención de Urgencia Fuera del Área de Servicio*

La atención de urgencia fuera del área de servicio se refiere a servicios médicos que:

- No cumplen con los requisitos necesarios para ser considerados “Atención de Emergencia” como se describe en esta sección;
- Usted necesita con urgencia mientras se encuentra fuera del Área de Servicio de FirstCare;
- Usted no podría haber previsto que iba a necesitar antes de salir del Área de Servicio de FirstCare; y
- No pueden posponerse de forma segura hasta que Usted pueda regresar al Área de Servicio para obtener la atención a través de Su PCP.

Para determinar si los servicios prestados se cubrirán como atención de urgencia fuera del área, tenemos el derecho de revisar los servicios y las circunstancias en las que los recibió. Si decidimos que algunos o todos los servicios no cumplen con los requisitos de cobertura de esta sección, usted tendrá que pagar todos los cargos por los servicios no cubiertos.

2. Requisitos de la Atención de Urgencia

Si su condición no es lo suficientemente grave como para ser una emergencia médica, primero debe buscar la atención a través de su PCP, como lo haría para su atención cubierta regular.

Si necesita servicios de manera urgente mientras se encuentra en el Área de Servicio de FirstCare, la atención de los proveedores participantes está cubierta. Recuerde que no cubrimos la atención de urgencia dentro del Área de Servicio cuando la presta un Proveedor No Participante**.**

La atención de urgencia debe cumplir con todas las condiciones a continuación:

- Antes de recibir tratamiento de atención de urgencia, debe tratar de comunicarse con Su PCP y explicarle Sus circunstancias médicas;
- Debe obtener los servicios inmediatamente después de que se produce la situación de urgencia, o tan pronto como sea posible después de ello.
- Si no pudo comunicarse con su PCP antes de buscar tratamiento, Usted (o alguien que actúe en Su nombre) debe comunicarse con Su PCP para obtener asesoramiento e instrucciones tan pronto como sea posible después de que se produzca la emergencia.

Además, se lo debe transferir a la atención de Proveedores Participantes tan pronto como pueda hacerse sin perjudicar Su estado de salud. No cubrimos los servicios proporcionados por Proveedores No Participantes después del momento en el que usted puede ser transferido de forma segura a la atención de un Proveedor Participante.

Servicios y Copagos

Pagaremos por los siguientes servicios:

- Servicios en la sala de emergencias de un hospital, incluida una evaluación médica inicial;
- Servicios de emergencia para pacientes ambulatorios, Centro de Atención Médica de Emergencias Independiente o centro de atención de urgencias. También cubrimos los Servicios de Emergencia en un centro similar;
- Servicios de ambulancia por tierra, mar o aire y traslado en ambulancia en condiciones de emergencia. La ambulancia aérea para el transporte de emergencia está cubierta hacia el hospital más cercano que esté equipado para tratar su afección solo cuando el transporte en ambulancia terrestre u otro medio ponga en peligro su vida o cause un daño permanente a su salud. Consulte la Sección 5, *Lo que No Está Cubierto,* para conocer las exclusiones.
- Todos los demás servicios de salud cubiertos que se detallan en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto.* No obstante, los servicios deben cumplir con todas las condiciones antes descritas en esta sección. Sus Copagos específicos para estos servicios se describen en el *Cuadro de Copagos.*

Si es posible, debe hacer estos Copagos al proveedor de servicios en el momento en que se presta el servicio, incluso si el proveedor es un Proveedor No Participante.

Procedimientos de Pago

El pago por la atención de emergencia recibida de los Proveedores No Participantes, dentro o fuera de Nuestra Área de Servicio, y se presta atención de emergencia fuera del área.

En todos los casos, se reembolsará la atención de emergencia médicamente necesaria recibida de un médico o proveedor no participante de acuerdo con los términos de la Evidencia de cobertura a la tarifa usual y acostumbrada o a una acordada, excepto para copagos y cargos por servicios no cubiertos. Se le eximirá de responsabilidad por cualquier importe que no sea el copago o gastos de desembolso directo que hubiera pagado por su cuenta si la red incluyera médicos o proveedores de la red de los cuales podría obtener servicios.

Contáctese con nuestro Departamento de Atención al Cliente al 1-855-572-7238, visite www.FirstCare.com y el portal web seguro para Miembros myFirstCare Self Service si el proveedor no participante le factura montos que superan el que nosotros pagamos.

Escriba a ConsumerProtection@tdi.texas.gov o llame al 1-800-252-3439 si quiere realizar Quejas acerca de los pagos.

Usted solo es responsable de su Copago para la atención de emergencia recibida por parte de proveedores participantes o de la red. Debe ponerse en contacto con nosotros si recibe una factura por montos que superan su Copago.

SECCIÓN 5: LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO

Es importante que entienda qué servicios no están cubiertos. Hay dos normas generales a tener en cuenta:

- Solo cubrimos los servicios de salud que se describen en las Secciones 3 y 4 de este documento. Si un servicio no aparece en ninguna de esas dos secciones, no está cubierto.
- Usted siempre debe cumplir con las condiciones de cobertura que se describen en las Secciones 1 a 4 de este documento. Asegúrese de que cumple con todas estas condiciones y que sigue todos los procedimientos requeridos. Si no lo hace, no pagaremos por el servicio.

No pagaremos por los siguientes servicios:

1. Los **gastos adicionales** incurridos como resultado de Su incumplimiento de las órdenes médicas de un Proveedor Participante.

2. Los siguientes tipos de **Servicios Alternativos,** terapia, asesoramiento y servicios o suministros relacionados:

   - Acupuntura, naturopatía, hipnoterapia o anestesia hipnótica, Servicios de un Practicante de la Ciencia Cristiana o biorretroalimentación;
   - Para o en relación con el matrimonio, la familia, los hijos, la profesión, los ajustes sociales, las finanzas o los servicios médicos sociales;
   - La terapia psiquiátrica conforme a una orden judicial o como condición para la libertad condicional o bajo palabra;
   - El programa de Estilo de Vida, Alimentación y Desempeño (LEAP por sus siglas en inglés).

3. No están cubiertos los servicios de traslado en **ambulancia**:
   - Cuando otro medio de transporte sea apropiado clínicamente;
   - En el caso de afecciones estables, que no sean de emergencia, a menos que se lo autorice previamente;
   - Cuando se lo preste para la conveniencia del Miembro, la familia, el acompañante, el proveedor de la ambulancia, el hospital o el Médico interviniente;
   - Cuando no se produzca el traslado del Miembro.

   Además, no se cubren los servicios de **ambulancia por aire o por mar**:
   - Cuando una ambulancia por tierra sea clínicamente adecuada;
   - Hacia lugares que no sean un hospital de atención de agudos.

4. **Cirujanos Asistentes**, salvo cuando se determine que son Médicamente Necesarios.

5. Los servicios de **biorretroalimentación**, excepto para el tratamiento de daño cerebral adquirido y para la rehabilitación del daño cerebral adquirido.

6. La **Circuncisión** de cualquier varón que no sea un recién nacido (de 30 días o menos), salvo cuando sea Médicamente Necesario.

7. Los servicios que suministra una persona que normalmente reside en el hogar del Miembro o es un miembro de la familia o **familiar cercano** del Miembro.

8. Televisores, teléfonos, camas de huéspedes y otros artículos para su **comodidad o conveniencia** en un Hospital u otro centro de atención hospitalaria. Los kits de ingreso, kits de maternidad y kits para recién nacidos que le proporciona el Hospital u otro centro de atención hospitalaria.

9. Procedimientos **cosméticos**, plásticos, médicos o quirúrgicos, y la terapia cosmética y los servicios o suministros relacionados que incluyen, entre otros, hospitalización, medicamentos recetados, exámenes de diagnóstico de laboratorio y radiografías u otros procedimientos reconstructivos (incluso cualquier prótesis relacionada, excepto las prótesis mamarias después de una mastectomía), salvo que se disponga específicamente en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto*. Entre los procedimientos que no cubrimos se encuentran:

- Escisión o modificación de la piel en cualquier parte del cuerpo; trasplante de cabello; eliminación de hemangiomas planos; peelings químicos o abrasiones de la piel; extirpación de venas superficiales, tatuajes o eliminación de tatuajes; aumento, reducción, implante o cambio en la apariencia de una parte del cuerpo salvo que sea Médicamente Necesario;
- La extirpación o alteración de piel flácida;
- Cambio en la apariencia de cualquier parte de Su cuerpo (como aumento, reducción o implante, salvo la reconstrucción mamaria después de una mastectomía);
- Trasplante o eliminación de cabello;
- Peeling o dermoabrasión;
- Cualquier procedimiento que no repara un trastorno funcional; y
- Rinoplastia y cirugía asociada, excepto cuando sea Médicamente Necesaria para corregir la desviación del tabique nasal.

10. Dispositivos de **crioterapia**, como PolarCare™.

11. La atención de relevo o atención domiciliaria y **cuidado asistencial** para pacientes hospitalizados y ambulatorios. El Cuidado Asistencial es el cuidado que:

- Principalmente ayuda o brinda apoyo en las actividades de la vida diaria (por ejemplo, cocinar, comer, vestirse y eliminar desechos corporales); o
- Pueden administrarlo personas que no son personal médico capacitado.

El cuidado puede ser asistencial incluso si lo receta un Médico o lo proporciona personal médico capacitado e incluso si se trata de métodos artificiales tales como tubos o catéteres de alimentación. Esto incluye el Cuidado Asistencial para afecciones tales como, entre otras, enfermedad de Alzheimer, deterioro senil, estado vegetativo permanente, retraso mental, deficiencia mental o cualquier otra enfermedad o trastorno persistente.

12. Todos los gastos asociados con el **cuidado dental** de rutina o la cirugía bucal (excepto el tratamiento correctivo de una lesión accidental a los dientes naturales) o cualquier tratamiento relacionado con los dientes, las mandíbulas o las estructuras adyacentes (por ejemplo, el periodonto), que incluyen, entre otros:

- Limpieza dental;
- Cualquiera de los servicios relacionados con coronas, puentes, rellenos o periodoncia;
- Expansores rápidos palatinos;
- Radiografías o exámenes;
- Prótesis o implantes dentales;
- Prótesis dentales, o acortamiento o alargamiento de las mandíbulas o maxilares para los Miembros mayores de 19 años, corrección de la maloclusión y cualquier cuidado dental no quirúrgico involucrado en el tratamiento del síndrome de disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular (ATM), tales como aparatos y dispositivos bucales;
- Tratamiento de un absceso dental o granuloma;
- Tratamiento de los tejidos gingivales (excepto por tumores);

- Cirugía o tratamiento para la sobremordida o mandíbula prognata y cualquier maloclusión asociada, incluidas aquellas que se consideren anomalías congénitas o del desarrollo; y
- Ortodoncia, tal como férulas, posicionadores, extracción de dientes o reparación de los dientes dañados.

La única cobertura dental que proporcionamos se describe en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto, Servicios Limitados de Atención Odontológica.*

Este Plan debe permanecer vigente durante todo el tiempo en el que se esté completando el tratamiento correctivo de una lesión en los dientes naturales.

13. Los cargos por el **parto de un bebé** (vaginal o por cesárea) fuera del Área de Servicio del Plan si el parto ocurre dentro de los treinta días de la fecha de parto especificada por Su Médico Participante, o si Su Médico le ha aconsejado no viajar fuera de nuestra Área de Servicio, excepto en caso de emergencia como se especifica en la Sección 4: *Servicios de Atención de Urgencia y de Emergencia Fuera del Área de Servicio.* La complicación en el embarazo o el parto se trata como cualquier otra enfermedad.

14. Los siguientes **dispositivos, equipos y suministros** están excluidos:

- Zapatos ortopédicos, plantillas, soportes para el arco y plantillas ortopédicas, salvo lo previsto en la Sección 3: *Lo que Está Cubierto,* y para el tratamiento de la diabetes;
- Los equipos y aparatos considerados descartables o convenientes para el uso en el hogar, tales como vendajes y apósitos de venta libre;
- Artículos para comodidad o conveniencia, tales como sillas para la bañera, bañeras de hidromasaje, barandas de seguridad, plataformas o elevadores, mesas para la cama, tablas para la cama, saunas y aparatos de gimnasia;
- Equipos de control ambiental, como aires acondicionados, purificadores, humidificadores, deshumidificadores, máquinas electrostáticas y lámparas de calor;
- Suministros médicos consumibles, como vendajes, apósitos y otros suministros descartables de venta libre, productos para la piel, medias quirúrgicas, medias elásticas, medias TED, calcetines para muñones y prendas de compresión.
- Collarines cervicales de espuma;
- Estetoscopios, esfigmomanómetros y oxímetros de pulso de grabación o de mano;
- Artículos o equipos para higiene o autoayuda; y
- Sillas de ruedas eléctricas, de lujo y personalizadas o sillas de inclinación automática.
- Dispositivos de compresión secuencial para linfedema, excepto para el tratamiento después de una mastectomía.

15. Los siguientes **medicamentos, equipos y suministros**, excepto vacunas y el tratamiento indicado de la Fenilcetonuria (PKU) y diabetes:

- Medicamentos para uso fuera del Hospital u otro centro hospitalario, incluidos los medicamentos para llevar a casa y sin receta, a excepción de los que se utilizan en el tratamiento de la diabetes o si están cubiertos de otra manera según se describe en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto, Servicios de Medicamentos Recetados,* de esta Evidencia de Cobertura; o
- Medicamentos y agentes experimentales; o
- Medicamentos utilizados para tratar condiciones cosméticas; o
- Medicamentos de Implementación de Estudios de Eficacia de Medicamentos (DESI)

16. **Pruebas educativas** y terapia, destrezas motoras o lingüísticas, o servicios que son de naturaleza educativa o se usan para la evaluación o formación profesional.

17. **Tomografía por Haz de Electrones (EBT por sus siglas en inglés).**

18. Tratamientos, servicios o suministros para la **atención que no es de Emergencia** en una sala de emergencias.

19. Cargos de ingreso durante el fin de semana para servicios de **Atención que No Sea de Emergencia**, a menos que sean Médicamente Necesarios

20. Hospitalización, tratamiento, servicios o suministros **que No son de Emergencia** recibidos fuera de los Estados Unidos.

21. **Equinoterapia o Hipoterapia.**

22. Medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos **experimentales o de investigación**. Esto incluye cualquier medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento que no se utilizaría en ausencia del medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento experimental o de investigación. Consideramos que un medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento es experimental o de investigación si:

    - No puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. y no se ha otorgado la autorización para su comercialización en el momento en que se proporciona;
    - Fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional del Centro tratante o por un comité similar, o en caso de que la ley federal exija que sea revisado y autorizado por tal comité. Esta exclusión también se aplica si el formulario de consentimiento informado que se utiliza con el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento fue revisado y aprobado por tal comité (o según lo exigido por la legislación federal);
    - Pruebas confiables demuestran que el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento es objeto de ensayos clínicos en curso de Fase I o Fase II; es la parte de investigación o estudio experimental de ensayos clínicos en curso de Fase III; o se está estudiando para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia o efectividad en comparación con un método estándar de tratamiento o diagnóstico;
    - La seguridad y/o la eficacia no se han podido establecer mediante evidencia médica confiable y aceptada; o
    - Pruebas confiables demuestran que la opinión dominante entre los expertos es que se necesitan más estudios o ensayos clínicos del medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia o efectividad en comparación con un método estándar de tratamiento o diagnóstico.

    El término "*evidencia confiable*" solo incluye informes y artículos publicados en literatura médica y científica de autoridad, y protocolos y formularios de consentimiento informado por escrito utilizados por el Centro tratante o por otra institución que estudie fundamentalmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento.

    Las denegaciones de medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos Experimentales/de Investigación o Médicamente Necesarios son elegibles para su revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (ORI). Consulte la Sección 9 para obtener información sobre los Procedimientos de Reclamos y Apelaciones de los Miembros.

23. **Cuidado de los pies** de rutina, incluyendo el tratamiento de pies débiles, con esguinces o pie plano, callos, callosidades o medicamentos tales como Lamisil o Sporanox para el tratamiento de hongos en las uñas sin complicaciones. Tampoco tienen cobertura los zapatos ortopédicos correctivos, los soportes para el arco, las férulas u otros artículos para el cuidado de los pies, excepto por lo indicado en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto*. Esto no se aplica a la extracción de las raíces de las uñas. No tienen cobertura las tobilleras, con excepción de aquellas indicadas en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto*.

24. **Asesoramiento y pruebas de carácter genético,** con excepción de aquellas exigidas por las leyes estatales o federales y el asesoramiento genético perinatal Médicamente Necesario. Las pruebas genéticas relacionadas con la preimplantación de embriones para la fecundación in vitro no tienen cobertura. Los resultados de las pruebas genéticas o la negativa a someterse a las pruebas genéticas no se utilizarán para rechazar, negar, limitar, cancelar, denegar la renovación, aumentar primas o afectar negativamente de alguna otra manera la elegibilidad o la cobertura de este plan.

25. **Audífonos:** Las baterías o los cables para audífonos, los audífonos temporales o desechables, la reparación o el reemplazo de audífonos debido al desgaste normal, pérdida o daños, un audífono que no cumpla con las especificaciones prescritas para la corrección de la pérdida de audición.

26. Todos los cargos por días de **hospitalización** que superen la duración recomendada de estadía por razones médicas para el diagnóstico, a menos que sean Médicamente Necesarios.

27. **Actos Ilegales**: Los cargos por servicios recibidos como resultado de una lesión o enfermedad causada o en la que contribuyó la persona cubierta al participar en un acto o un trabajo ilegal o por cometer o intentar cometer un delito, acto delictivo, agresión u otro comportamiento delictivo. A los fines de esta exclusión, un acto es "ilegal" si vulnera o es contrario a la ley e incluye, entre otros, conducir un vehículo automotor, un vehículo recreativo o una moto acuática en estado de intoxicación. La intoxicación incluye situaciones en las que la persona cubierta tiene un contenido o una concentración de alcohol en sangre (BAC) que supera el límite legal aplicable. Esta exclusión no se aplica si la lesión fue el resultado de un acto de violencia doméstica o una afección médica (tanto de salud física y mental) o, en un caso de emergencia, la evaluación médica inicial, el tratamiento y la estabilización de una afección de emergencia.

28. Los medicamentos para el tratamiento de la **infertilidad**, reversión de la esterilización voluntaria; transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT); transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT); fecundación in vitro (FIV); cualquier costo relacionado con la paternidad sustituta; servicios de infertilidad requeridos debido a un cambio de sexo del Miembro o la pareja del Miembro; o cualquier tecnología de reproducción asistida u otro tratamiento relacionado que no esté especificado en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto.*

29. Todos los servicios o artículos que Usted no tiene ninguna **obligación legal** de pagar o por los cuales comúnmente no se aplicarían ningún cargo, salvo que hubiéramos autorizado tales servicios por anticipado, o si la atención recibida fue de emergencia o urgencia. Ejemplos de esto incluyen la atención de afecciones relacionadas con su servicio militar, la atención mientras Usted está bajo la custodia de una autoridad gubernamental y cualquier tipo de atención que la ley exija que se brinde en un centro público.

30. La comparecencia en audiencias judiciales y otros **procedimientos legales**.

31. Los **masajes terapéuticos,** salvo que estén asociados con la modalidad de fisioterapia proporcionada por un fisioterapeuta autorizado.

32. **Mastectomía** para el alivio del dolor, mastectomía profiláctica para reducir el riesgo de cáncer de mama, (excepto cuando se le ha diagnosticado previamente cáncer de mama) o debido a cualquier enfermedad o afección que no sea para el tratamiento del cáncer de mama.

33. Tratamiento, cirugía, servicios, procedimientos o suministros para pacientes ambulatorios y hospitalizados que no sean **Médicamente Necesarios,** incluso si son recetados o recomendados por un proveedor de atención médica, un dentista o los ordena un tribunal de justicia.

    Las denegaciones de medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos Experimentales/de Investigación o Médicamente Necesarios son elegibles para su revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (ORI). Consulte la Sección 9 para obtener información sobre los Procedimientos de Reclamos y Apelaciones de los Miembros.

34. Los siguientes **Medicamentos**:

- Los medicamentos que no figuran en el Formulario de FirstCare a menos que se indique lo contrario.
- Los medicamentos que por ley no requieren receta médica, salvo que figuren en el Formulario.
- Las recetas elaboradas en relación con cualquier tratamiento o servicio que no sean un beneficio cubierto, salvo que figuren en el Formulario.
- Con excepción de los dispositivos anticonceptivos, los dispositivos de cualquier tipo, incluso los que exijan receta médica, incluyendo, entre otros, los dispositivos terapéuticos, aparatos médicos, las agujas hipodérmicas o dispositivos similares.
- Cualquier medicamento que no sea Médicamente Necesario. Las denegaciones de medicamentos que no sean médicamente necesarios están sujetas a los Procedimientos de Reclamo y Apelación de los Miembros descriptos en la Sección 9 de Su Evidencia de Cobertura.
- Cualquier medicamento de venta libre que no exija la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (PPACA).
- Las vitaminas, los minerales o suplementos nutricionales que no forman parte de la PPACA (independientemente de si son de venta libre o con receta).
- Los medicamentos recetados para indicaciones no aprobadas por la FDA, es decir, el uso de medicamentos fuera de lo indicado, no están cubiertos. Esto incluye los medicamentos experimentales y de investigación que se utilizan para el tratamiento de cualquier enfermedad o afección excluidas en la cobertura según esta Cláusula Adicional o que la FDA haya determinado que están contraindicados para el tratamiento de la indicación actual. El uso de los medicamentos fuera de lo indicado en la etiqueta estará cubierto si el medicamento está aprobado por la FDA para al menos una indicación y es reconocido por estudios reproducibles para el tratamiento de la afección para la cual se receta el medicamento en publicaciones médicas profesionales nacionales revisadas por expertos y un servicio de evaluación de tecnología médica reconocido a nivel nacional.
- Los supresores del apetito, los recursos para dejar de fumar que superen lo exigido por el Artículo 2713 de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible, los medicamentos utilizados para cualquier mejora cosmética, incluidas las arrugas, hongos en las uñas sin complicaciones, independientemente de la ambulación o el dolor, la pérdida, el crecimiento o la extracción de cabello, la corta estatura por deficiencia idiopática de la hormona que no es del crecimiento y fármacos del programa DESI.
- Las recetas o la reposición de recetas que sustituyen aquellas perdidas, robadas, dañadas, vencidas o que el Miembro haya utilizado de manera incorrecta.
- Las recetas hechas para el tratamiento de la infertilidad.
- Medicamentos Compuestos
- Todo lo que no se especifique como cubierto o no se identifique como un medicamento, como dispositivos terapéuticos.
- Medicamentos usados para tratamientos o afecciones médicas que no tengan cobertura de esta Evidencia de cobertura.
- Cualquier receta inicial o de resurtido para más de un (1) año luego de la fecha del pedido del profesional de la salud.
- Excepto para emergencias médicas, los medicamentos que no se obtengan en una farmacia de la red.
- Medicamentos brindados o administrados a usted o su dependiente cubierto mientras estén en el hospital, un centro de enfermería especializada u otra instalación.
- Sangre, plasma sanguíneo y otros productos sanguíneos; a menos que estén cubiertos por los beneficios médicos de la Evidencia de cobertura.

- Una receta que tiene una alternativa de venta libre.
- Recetas iniciales o de resurtidos cuyo suministro se extendiera más allá de la finalización de esta Evidencia de cobertura, incluso si el pedido del profesional de la salud se emitió antes de la finalización.

Las denegaciones de medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos Experimentales/de Investigación o Médicamente Necesarios son elegibles para su revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (ORI). Consulte la Sección 9 para obtener información sobre los procedimientos de reclamos y apelaciones.

35. **Servicios de salud mental** para el tratamiento de las siguientes afecciones: retraso mental, trastorno de identidad de género, deterioro senil, tal como la demencia progresiva de la enfermedad de Alzheimer y enfermedades similares al Alzheimer, trastornos del sueño y trastornos facticios. La terapia de pareja no es un Servicio de Salud Cubierto.

36. Los cargos por **citas a las que no se presentó** y cargos por llenar un formulario de Reclamación.

37. Los cargos que exceden el **Monto de Reembolso para Proveedores No Participantes (NPPR).** Consulte la Sección 1, *Requisitos para Todos los Servicios de Atención Médica,* para entender de forma clara los servicios fuera de la red y los servicios recibidos de proveedores no participantes.

38. Si un servicio **no está cubierto** por el Plan, no cubrimos tampoco ninguno de los servicios relacionados. Los servicios relacionados son:

- Servicios prestados en la preparación para el servicio no cubierto;
- Servicios prestados en relación con la prestación del servicio no cubierto; o
- Servicios que se proporcionan, por lo general, después del servicio no cubierto, como la atención o la terapia de seguimiento después de una cirugía.
- Complicaciones por el servicio no cubierto
- Toda atención relacionada con los servicios que no están cubiertos, incluyendo las complicaciones directas y los cuidados previos y posteriores.

Por ejemplo, si un Miembro se somete a una cirugía cosmética no cubierta, no cubrimos los cuidados preoperatorios ni los posoperatorios, ni la hospitalización relacionada con la cirugía no cubierta. Incluso si el servicio estuviera cubierto por otro plan de salud, se considerará que no está cubierto por este Plan.

39. **Obesidad:** Servicios destinados principalmente para tratar la obesidad, tales como bypass gástrico o balón gástrico, bandas verticales, gastroplastia vertical, alambrado de mandíbula, programas de reducción de peso, membresías en gimnasios, equipos de gimnasia, medicamentos recetados u otros tratamientos para la obesidad (excepto los servicios preventivos relacionados con la obesidad, incluidos los estudios para la obesidad en adultos, asesoramiento e intervenciones conductuales para promover la pérdida de peso sostenida, dieta y asesoramiento conductual en la atención primaria para promover el mantenimiento saludable de la hiperlipidemia y los factores de riesgo cardiovasculares, junto con otros factores de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta), incluso si los receta un Médico o si el Miembro tiene afecciones médicas que podrían mejorar con la pérdida de peso, independientemente de la Necesidad Médica. Cualquier complicación o servicio relacionado con el tratamiento de la obesidad no está cubiertos por este Plan.

40. **Ooforectomía preventiva:** eliminación de uno o ambos ovarios en ausencia de enfermedad maligna para reducir el riesgo de aparición de cáncer de ovario.

41. La **ortotripsia** y los procedimientos relacionados.

42. Los **servicios para pacientes ambulatorios** recibidos en centros federales o todos los artículos o servicios provistos en instituciones operadas por un organismo de gobierno o agencia estatal cuando un Miembro no tiene la obligación legal de pagar por esos artículos o servicios, excepto por el tratamiento proporcionado en una institución de salud mental subvencionada o respaldada por Medicaid.

43. Los Procedimientos de **Anuloplastia Electrotérmica Intradiscal (IDET)** para el control del dolor.

44. Los **Exámenes Físicos**, tratamientos y evaluaciones que solicitan los empleadores, compañías de seguros, escuelas, campamentos, tribunales, autoridades de concesión de licencias, autorización de vuelos y otros terceros.

45. **Servicios de fisioterapia**, a menos que los preste un fisioterapeuta.

46. Todos los **artículos y dispositivos protésicos** internos y externos, a excepción de los que son médicamente necesarios y se especifican en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto*. No cubrimos las férulas salvo que sean necesarias para un tratamiento de emergencia o urgencia y/o en lugar de yesos o cirugía.

47. Los **Servicios de rehabilitación a largo plazo**. A largo plazo se define como de más de dos meses. No se aplican limitaciones a Daños Cerebrales Adquiridos, terapias para niños con retrasos del desarrollo o Trastornos del Espectro Autista según se especifica en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto*, de la Evidencia de Cobertura.

48. **Informes:** Informes médicos especiales que no están directamente relacionados con el tratamiento.

49. Los **servicios** no completados de acuerdo con las indicaciones del Médico tratante.

50. Los **servicios** requeridos como resultado de pruebas de medicamentos Experimentales o de Investigación realizadas voluntariamente por el Miembro sin Nuestra autorización.

Las denegaciones de medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos Experimentales/de Investigación o Médicamente Necesarios son elegibles para su revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (ORI). Consulte la Sección 9 para obtener información sobre los Procedimientos de Reclamos y Apelaciones de los Miembros.

51. Los **servicios** proporcionados y facturados de forma independiente por los internos, residentes u otros empleados de los Hospitales, laboratorios u otros centros médicos.

52. Los **servicios** proporcionados, pagados o requeridos por la ley estatal o federal en donde se entrega esta Evidencia de Cobertura, excepto en el marco de Medicaid, cuando en ausencia de un seguro, no hay ningún cargo por esos servicios.

53. Los **servicios** de voluntariado que normalmente se proporcionan sin costo alguno para el Miembro.

54. Los **servicios** relacionados con una autopsia o examen post mortem, salvo que nosotros los solicitemos.

55. Algunos **servicios o suministros** proporcionados por un proveedor, que son principalmente un lugar de descanso, un lugar para personas mayores, un hogar de ancianos o una institución similar.

56. Todos los **servicios o suministros** proporcionados cuando el Miembro no está cubierto por este Plan; ya sea antes de la fecha de vigencia de la cobertura o después del vencimiento de esta Evidencia de Cobertura.

57. El tratamiento, los dispositivos implantados o prótesis, o la cirugía relacionada con la **disfunción sexual** o insuficiencias que incluyen, entre otras, la disfunción eréctil, independientemente de la Necesidad Médica, a menos que estén relacionados con un tratamiento quirúrgico previo o sean el resultado del tratamiento de una afección cubierta.

58. Exclusiones de la atención con internación en **Centro de Enfermería Especializada**:

- Cuando no se cumplan los criterios de la Sección 3, *Lo que Está Cubierto, Servicios de Hospitalización, Centro de Enfermería Especializada*;
- Cuando los servicios no requieran las habilidades de un proveedor calificado o cuando los procedimientos requeridos puedan ser realizados de manera segura y eficaz por un paciente, un familiar o un cuidador con las indicaciones adecuadas;
- Cuando los servicios se destinen a programas o atención de mantenimiento;
- Cuando los servicios solo sean para el cuidado asistencial;
- Cuando los servicios o la atención Médicamente Necesarios pueden prestarse de manera segura y adecuada en un nivel menos intensivo de atención.

59. Cuerdas **Deportivas** y unidades de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS por sus siglas en inglés).

60. La **rehabilitación deportiva** se refiere al tratamiento continuado de lesiones relacionadas con el deporte en un esfuerzo por mejorar la capacidad normal de realización de actividades de la vida diaria (ADL). La **rehabilitación relacionada con el deporte** u otras actividades similares no está cubierta debido a que no se la considera un tratamiento de enfermedad. Esto incluye, pero no se limita a: béisbol, lanzamientos, animación, golf, artes marciales de todo tipo, fútbol americano, béisbol, baloncesto, fútbol, lacrosse, natación, atletismo, etc., en universidades, escuelas secundarias u otro tipo de escuela o comunidad, tenis profesional y aficionado, baile profesional y aficionado/de pasatiempo/académico y actividades de levantamiento de pesas competitivas y similares.

61. Los **suministros** desechables o consumibles para pacientes ambulatorios, tales como agujas, suministros para pruebas de sangre u orina (salvo los suministros utilizados en el tratamiento de la diabetes y jeringas para alergias) y vainas, bolsas, prendas elásticas y vendajes, kits de pruebas caseras, vitaminas, suplementos y reemplazos dietéticos, artículos y fórmulas alimenticias especiales.

62. Los aparatos y dispositivos bucales para el síndrome de la **articulación temporomandibular** (ATM).

63. Interrupción electiva, no terapéutica **del embarazo** (abortos), incluidos los medicamentos inductores del aborto, excepto cuando la vida de la madre estuviera en peligro si el feto llegara al término o cuando una emergencia médica colocara a la mujer en peligro de muerte o en un riesgo grave de deterioro sustancial de una función corporal importante a menos que se realice un aborto.

64. El **transporte**, salvo en una ambulancia terrestre o aérea (de acuerdo con la Sección 4, *Atención de Urgencia y de Emergencia*, *Servicios y Copagos*) utilizada para el transporte en una emergencia médica o cuando contamos con servicios de autorización previa solo para fines de transporte médico (por ejemplo, de un Hospital a un centro de enfermería especializada).

65. El **tratamiento** que el sistema escolar debe proporcionar conforme a la ley.

66. **Atención de urgencia** dentro del Área de Servicio cuando la presta un Proveedor No Participante.

67. **Servicios de Atención Oftalmológica para Adultos (para miembros mayores de 19 años).** análisis del ojo para determinar la necesidad de lentes correctivos o la presencia de problemas de la vista, anteojos (incluidos anteojos y lentes de contacto recetados después de la cirugía de la vista) lentes de contacto, salvo el tratamiento del queratocono y cualquier otro artículo o servicio para la corrección de la vista, incluidos, entre otros: ejercicios oculares, ortóptica, capacitación para la vista, terapia de la vista, queratotomía radial (RK), queratoplastia lamelar automatizada (ALK o LK), queratotomía astigmática (AK), cirugía láser correctiva y queratectomía fotorrefractiva (PRK), salvo lo estipulado específicamente en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto.*

68. Servicios Pediátricos de Oftalmología:

- El examen de la vista de rutina no incluye servicios profesionales para lentes de contacto
- Cirugía láser para los ojos (LASIK)
- Cualquier servicio, tratamiento o material de oftalmología que no esté específicamente enumerado como un servicio cubierto;
- Servicios y materiales que no cumplen con los estándares aceptados en la práctica de la optometría;
- Consultas telefónicas;
- Cualquier servicio que sea estrictamente de naturaleza cosmética, incluidos, entre otros, los cargos o la personalización o caracterización de las prótesis;
- Diseños especiales de recubrimiento de los lentes distintos a los descritos en este beneficio;
- Reemplazo de anteojos perdidos o robados;
- Lentes sin receta (Plano);
- Dos pares de anteojos en lugar de bifocales;
- Seguro de los lentes de contacto;

69. Los servicios de atención médica para cualquier enfermedad o lesión **relacionada con el trabajo**.

70. Enfermedad o lesión contraída como resultado de la **guerra** o cualquier acto de guerra, declarada o no, e independientemente de si usted prestó o no servicio militar.

Limitaciones Debido a Ciertas Condiciones

En el caso de que debido a circunstancias fuera del control de FirstCare, que incluyen, entre otras, un evento de fuerza mayor, epidemias, la destrucción total o parcial de un centro, guerra, disturbios, insurrección civil, incapacidad de una cantidad significativa de Proveedores Participantes y su personal o causas similares, la prestación de los Servicios de Salud Cubiertos brindados por esta Evidencia de Cobertura se retrase o se vuelva imposible, FirstCare realizará un esfuerzo de buena fe para coordinar un método alternativo para proporcionar la cobertura. En tal caso, FirstCare y sus Proveedores Participantes deberán prestar los Servicios de Salud Cubiertos en la medida de lo posible y de acuerdo con su mejor criterio; pero FirstCare y sus Proveedores Participantes no serán responsables ni tendrán obligación alguna por el retraso o la falta de provisión o gestión de los servicios si dicho incumplimiento o retraso se debiera a cualquiera de estas circunstancias.

SECCIÓN 6: PROGRAMA DE REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN (U.R.)

Las siguientes disposiciones se aplican a Su cobertura en virtud de la Evidencia de Cobertura de FirstCare.

Definiciones

Autorización Previa, Aprobación Previa, Autorización y Autorizar: la revisión y confirmación de la Necesidad Médica de una internación o un servicio de salud cubierto que está sujeto a los Requisitos del Programa de Revisión de la Utilización.

Programado: un procedimiento médico, un tratamiento, una cirugía o un servicio que ha sido planificado con anticipación por su Proveedor de Atención Médica.

Repercusión sobre los Beneficios

Pagaremos los Servicios de Salud Cubiertos descritos en el Cuadro de Copagos y sujeto a todas las disposiciones de la presente Evidencia de Cobertura, cuando los requisitos de Revisión de la Utilización se satisfagan adecuadamente y la Atención Médica que corresponda cuente con Autorización Previa. Usted es responsable de obtener la Autorización Previa.

En el caso de una Determinación Adversa de Beneficios, el Agente de la Revisión de la Utilización le enviará a Usted y a Su Proveedor de Atención Médica una notificación por escrito. El Agente de Revisión de la Utilización enviará una notificación al proveedor dentro de un plazo de 24 horas por teléfono o por transmisión electrónica si usted es un paciente hospitalizado o por correo dentro de un plazo de tres días hábiles si usted no es un paciente hospitalizado. Si el servicio de atención médica implica el tratamiento posterior a la estabilización o una afección Mortal, el Agente de Revisión de la Utilización proporcionará una notificación dentro del plazo adecuado a las circunstancias en relación con la prestación de los servicios y la afección del paciente, pero en ningún caso será superior a una hora para una solicitud hecha durante el horario hábil normal o un plazo de una hora luego del inicio de actividades al día siguiente, si la solicitud se recibe fuera del horario de atención. La determinación se suministrará al Médico tratante o al proveedor de atención médica. Usted puede solicitar una apelación si Usted o su Proveedor de Atención Médica no están de acuerdo con una Determinación Adversa de Beneficios hecha por nuestro Agente de Revisión de la Utilización.

Un Agente de Revisión de la Utilización también recibirá la notificación a más tardar 30 días antes de la suspensión de Medicamentos Recetados o infusiones intravenosas concurrentes por los que usted está recibiendo los beneficios de salud en el marco de la póliza de seguro de salud. Usted tiene derecho a una apelación inmediata ante una Organización de Revisión Independiente por la denegación de medicamentos con receta o infusiones intravenosas.

Si se realiza una revisión retrospectiva de utilización, el Agente de Revisión de la Utilización deberá notificarlo por escrito a Usted y a su Proveedor de Atención Médica sobre una Determinación Adversa de Beneficios a más tardar 30 días después de la fecha en que se recibió el reclamo.

El Agente de Revisión de la Utilización puede extender una vez el período por una duración que no exceda los 15 días, si el Agente de Revisión de la Utilización:

- determina que es necesaria una extensión por motivos que están fuera del control del Agente de Revisión de la Utilización; y
- si lo notifica a Usted y a su Proveedor de Atención Médica antes de que expire el período inicial de 30 días de las circunstancias que requieren la extensión y la fecha para la cual el agente cree que habrá tomado una decisión.

Si la extensión es necesaria porque Usted o su Proveedor de Atención Médica no presentaron información necesaria para tomar una decisión sobre la solicitud, el aviso de extensión debe:

- describir específicamente la información requerida para completar la solicitud; y
- darles a Usted y a su Proveedor de Atención Médica al menos 45 días desde la fecha de la recepción del aviso de extensión para presentar la información especificada.

Si el período para tomar la determinación se extiende debido a que Usted o el Proveedor de Atención Médica no presentaron la información necesaria para tomar la determinación, el período para tomar la determinación se aplica desde la fecha en que el Agente de Revisión de la Utilización le envía la notificación de la extensión a Usted o a su Proveedor de Atención Médica hasta uno de los momentos siguientes, el que suceda antes:

- la fecha en la cual Usted o su Proveedor de Atención Médica respondan a la solicitud de información adicional; o
- la fecha en la cual debió haber sido enviada la información especificada.

Usted, una persona que actúa en Su nombre, Su Proveedor de Atención Médica u otro Proveedor de Atención Médica podrán apelar la Determinación Adversa de Beneficios y comunicarse con el Agente de Revisión de la Utilización. El Agente de Revisión de la Utilización proporcionará una lista de los documentos que usted o la parte apelante deben presentar. En una circunstancia que involucre una afección mortal, usted tiene derecho a una apelación inmediata ante una Organización de Revisión Independiente. Consulte la Sección 9 para obtener más información sobre las apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios.

Requisitos del Programa de Revisión de la Utilización

Debe notificarnos antes de recibir Servicios de Salud Cubiertos que requieren autorización previa. Podrá llamarnos por teléfono o ponerse en contacto con nosotros a través del Médico tratante, un familiar u otra persona que lo haga en su nombre.

La autorización previa se debe obtener para recibir los máximos beneficios previstos en esta Prueba de Cobertura. Cualquier caso de falsedades materiales o no realizar los servicios propuestos con el fin de obtener la autorización previa puede afectar negativamente el pago de estos servicios.

Requisitos de Autorización Previa

Es necesario que ciertos servicios médicos, atención o tratamientos tengan una autorización previa antes de que paguemos todos los Servicios de Salud Cubiertos relacionados. Autorización previa significa que revisamos y confirmamos que los servicios, la atención o los tratamientos propuestos son Médicamente Necesarios. Usted es responsable de asegurarse de que su Médico obtenga una autorización previa para cualquiera de los servicios propuestos por lo menos cinco (5) días antes de recibirlos. Para obtener un listado de los servicios que requieren autorización previa, visite www.FirstCare.com y el portal web seguro para miembros myFirstCare Self Service. Si lo desea, puede solicitar una copia impresa. Esta lista está sujeta a cambios.

Si no obtiene la debida autorización para los servicios, la atención o el tratamiento que requieren autorización previa no serán cubiertos.

Además, si no puede conseguir la debida autorización, es posible que deba pagar sumas adicionales, que no se contabilizarán para sus Deducibles o los Límites de Gastos por Cuenta Propia. Estas sumas figuran en el Cuadro de Copagos.

Responderemos a una solicitud de preautorización dentro de los siguientes períodos de tiempo:

- Para solicitudes de pacientes no hospitalizados, se emitirá y transmitirá una determinación a más tardar el tercer día calendario después de la fecha en la que recibamos la solicitud.
- Si los servicios médicos propuestos son para la atención de hospitalización concurrente, emitiremos y transmitiremos una determinación indicando si los servicios propuestos están preautorizados dentro de las 24 horas de la recepción de la solicitud.

- Si los servicios de atención médica propuestos incluyen un tratamiento de posestabilización o una afección potencialmente mortal emitiremos y transmitiremos una determinación indicando si los servicios propuestos están preautorizados dentro del tiempo acorde a las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios y su afección, pero en ningún caso excediendo una hora desde la recepción de la solicitud.

Su médico puede presentar una solicitud para renovar una autorización existente al menos 60 días antes de que se venza la autorización. Podremos, en caso de que sea posible, revisar la necesidad médica de la solicitud y emitir una determinación antes de que se venza la autorización actual.

Programa de Gestión de Casos

El Programa de Administración de Casos de FirstCare se incluye como parte de su beneficio para cuando Usted tiene una afección médica o una afección de salud conductual grave, o ha experimentado un cambio significativo en Su estado de salud. El programa es voluntario y puede aceptarlo o rechazarlo en cualquier momento. FirstCare acepta derivaciones para la Administración de Casos de los Miembros o sus cuidadores, proveedores u otro personal de FirstCare. FirstCare también supervisa las reclamaciones y otra información para ayudar a localizar a los Miembros que pueden beneficiarse de los servicios. FirstCare tiene médicos, enfermeros, trabajadores sociales, farmacéuticos y profesionales de salud mental en el equipo de administración de casos, para que se pueda utilizar un enfoque multidisciplinario para satisfacer las necesidades de cada miembro de forma individual.

Una vez que se lo deriva o identifica, un miembro del equipo se comunica con Usted y recoge información médica adicional si Usted acepta participar. Esta información se utiliza para trabajar con Usted o Su proveedor de atención médica para decidir el nivel adecuado de administración del caso y para desarrollar un plan de atención específico para Usted. Suministrar esta información no afectará Sus beneficios. Algunos de los servicios que puede proporcionar un administrador de casos incluyen:

- Ayuda para encontrar proveedores de servicios médicos o de salud conductual que puedan satisfacer sus necesidades;
- Ayuda para conseguir recursos de la comunidad que puedan estar a su disposición;
- Información y recursos para ayudar a entender mejor Sus afecciones y cómo tratarlas mejor;
- Ayuda para aprender a entender el sistema de salud y comprender mejor los beneficios.

Las derivaciones para la administración de casos pueden realizarse visitando www.FirstCare.com y el portal web seguro para miembros myFirstCare Self Service, o bien por correo electrónico a casemgmt@firstcare.com.

Programa de Manejo de Enfermedades

FirstCare Plus es un programa especial de control y tratamiento de las enfermedades que se le ofrece sin costo adicional. FirstCare Plus es un programa que ayuda a los Miembros con ciertas afecciones a aprender más acerca de la manera de controlarlas y tratarlas. Estas afecciones incluyen:

- Asma
- Enfermedad Coronaria
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Diabetes
- Insuficiencia Cardíaca

La participación en el control y tratamiento de la enfermedad es completamente voluntaria y los Miembros pueden participar o no en cualquier momento sin que ello afecte sus beneficios. Los miembros que acepten participar recibirán llamadas telefónicas de enfermeros especialmente entrenados y otros miembros del personal, como así también información útil por correo. Puede inscribirse u obtener más información visitando www.FirstCare.com y el portal web seguro para miembros myFirstCare Self Service.

SECCIÓN 7: PRIMAS Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Primas

Las primas se indican en el Cuadro de Tarifas de las Primas. El Suscriptor acuerda remitir la totalidad del pago de la Prima en o antes de la fecha de vencimiento. La fecha de vencimiento es el primer día del mes en el cual debe realizarse el pago. Aceptamos el pago de las primas directamente de usted. Si compró su cobertura en el Mercado, el Mercado puede ofrecerle una selección de varias opciones de pago, que podrían incluir una opción de pago electrónico. Si usted recibe el pago anticipado de Créditos Fiscales para Primas, recibiremos pagos de dos fuentes diferentes (es decir, el Departamento del Tesoro y usted o el Mercado) en su nombre.

Solo si FirstCare recibe su pago estipulado, usted tendrá derecho a los servicios de salud cubiertos indicados en este documento y entonces solo para el Mes de Contrato por el que se recibió tal pago. Si algún pago no se recibe a la fecha de vencimiento de la Prima establecida en el Mes de Contrato para usted y/o sus Dependientes o si se produce un inconveniente con el giro bancario, sus beneficios se cancelarán al finalizar el Período de Gracia. Usted será responsable por el costo de los servicios prestados a usted o a sus Dependientes durante el Período de Gracia del Mes de Contrato en el caso de que no realice los pagos de las primas.

Se otorgará un Período de Gracia de 31 días para el pago de cada prima que venza después de la primera Prima, durante el cual la Evidencia de Cobertura seguirá vigente. Después del Período de Gracia de 31 días, la cobertura conforme esta Evidencia de Cobertura terminará automáticamente el último día del período de cobertura por el que se haya pagado la Prima, a menos que la cobertura se extienda según se describe en el párrafo siguiente.

Si usted recibe un crédito tributario sobre la prima conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, tiene un período de tolerancia de tres meses para pagar las primas. Si el pago total de la prima no se realiza dentro del período de tolerancia de tres meses, la cobertura finalizará retroactivamente el último día del primer mes del período de tolerancia de tres meses.

<u>Resumen de reclamos médicos durante el período de tolerancia</u>

- FirstCare pagará los reclamos médicos del proveedor a los miembros que se encuentren dentro del período de tolerancia de tres meses.
- Si el miembro no paga su prima, FirstCare cancelará la cobertura del miembro retroactivamente hasta el último día del primer mes del período de tolerancia y buscará la recuperación del pago de los servicios obtenidos en el segundo y tercer mes del período de tolerancia del proveedor.

<u>Resumen de reclamos de farmacia durante el período de tolerancia</u>

- FirstCare les pagará los reclamos de farmacia a los miembros que se encuentren dentro del primer mes del período de tolerancia.
- FirstCare no les pagará reclamos de farmacia a los miembros que se encuentren en el segundo o tercer mes del período de tolerancia. Los miembros serán responsables del 100 % de los costos de farmacia durante el segundo y tercer mes del período de tolerancia.
- Una vez que los miembros paguen las primas vencidas, a solicitud del miembro, FirstCare le reembolsará al miembro los gastos cubiertos de acuerdo con los beneficios del plan inscrito.

1. Cambios en las Tarifas de las Primas

- Nos reservamos el derecho a ajustar la prima en cada fecha de aniversario de esta Evidencia de Cobertura, previa notificación con 60 días de anticipación.

- Si usted cambia su lugar de residencia y tal cambio se traduce en un cambio en la Prima, la Prima aplicable a este Plan deberá cambiar automáticamente a la tarifa aplicable al nuevo lugar de residencia a partir del primer día del mes del Plan siguiente a la fecha del cambio de residencia. Si el cambio es a una tarifa de Prima menor y Usted no nos notifica por escrito tal cambio antes de la fecha del cambio, Su derecho a la devolución del pago en exceso se limita al pago en exceso de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que Nos envió la notificación.
- Si usted y/o su cónyuge cubierto u otros Dependientes alcanzan una edad que conlleva un aumento de la tarifa de la Prima, la prima correspondiente a este Plan deberá cambiar automáticamente a la tarifa aplicable a la nueva edad a partir de la fecha de aniversario de Su Plan.

2. Incumplimiento de Pago de las Primas

La falta de pago de las primas dentro del Período de Gracia dará lugar a la terminación de la cobertura con retroactividad a la última fecha en que se pagaron las primas. El Suscriptor será responsable de los servicios recibidos durante el Período de Gracia.

3. Cheques Rechazados

FirstCare se reserva el derecho a realizar un cargo por servicio a cualquier Suscriptor cuyo cheque sea rechazado por el banco.

4. Pagos de primas de terceros

El pago de las primas de los planes individuales es un gasto personal que deben pagar directamente los suscriptores del plan individual y familiar utilizando fondos personales. Los fondos personales no incluyen el pago de una cuenta comercial para una empresa unipersonal o sociedad de responsabilidad limitada (LLC). En cumplimiento con las pautas federales, FirstCare aceptará el pago de la prima a terceros de las siguientes entidades:

1. El Programa Ryan White de VIH/SIDA conforme al Título XXVI de la Ley de Servicios de Salud Pública.
2. Tribus indígenas, organizaciones tribales u organizaciones indígenas urbanas.
3. Programas del gobierno estatal y federal.

Con excepción de lo dispuesto anteriormente, las entidades de terceros no le pagarán a FirstCare ninguna prima de un miembro de manera directa. Los pagos de primas de cualquier otra parte no se acreditarán en su cuenta, lo que puede resultar en la rescisión o cancelación de la cobertura de acuerdo con las disposiciones de rescisión de esta Evidencia de cobertura.

Finalización de la Cobertura

Usted podrá terminar la cobertura voluntariamente por medio de una notificación apropiada al Mercado o al Plan. La fecha de vigencia de la terminación de la cobertura será de catorce (14) días calendario después de su solicitud, a menos que usted solicite una fecha posterior, o una fecha anterior que podamos considerar.

Para una cobertura adquirida en el Mercado, el Mercado *puede* terminar su cobertura, pero *debe permitirnos* terminar la cobertura cuando:

- Usted ya no es elegible para la cobertura a través del Mercado. El último día de cobertura es el último día del mes siguiente al mes en el que la notificación es enviada por el Mercado, a menos que usted solicite una fecha de terminación anticipada;
- Usted cambia de una QHP a otra durante el Período Anual de Inscripción Abierta. El último día de cobertura en su QHP previa es el día anterior a la fecha de vigencia de la cobertura en su nueva QHP;

- El plan termina.

Ya sea que usted haya adquirido la cobertura en el Mercado o directamente de FirstCare, podemos terminar su cobertura en las siguientes circunstancias:

- Su cobertura se rescinde (ver la sección a continuación); o
- No se pagan las primas y ha caducado cualquier Período de Gracia aplicable.
- La terminación se debe a nuestra interrupción de un determinado tipo de cobertura individual en el Área de Servicio. La cobertura puede ser cancelada después de 90 días de la notificación por escrito, en cuyo caso debemos ofrecer a cada miembro, con garantía de emisión, cualquier otra cobertura de servicios básicos de salud individual que ofrezca FirstCare en esa Área de Servicio. Si FirstCare se retira completamente del mercado individual en el Área de Servicio, la cobertura de este Plan se puede cancelar después de 180 días de notificación por escrito al comisionado de seguros del estado y a los Miembros, en cuyo caso FirstCare no puede volver a entrar en el mercado individual en esa Área de Servicio durante cinco años a partir de la fecha de la interrupción de la última cobertura no renovada.
- Si el Suscriptor no reside, vive o trabaja en el Área de Servicio, la cobertura puede ser cancelada después de los 30 días desde la notificación por escrito. La cobertura para un hijo que es objeto de una orden de mantenimiento médico no puede cancelarse solamente porque el menor no reside, vive o trabaja en el Área de Servicio.

Reintegros

Tal como lo requiere la legislación de Texas, si su cobertura termina, los pagos de primas recibidos en su nombre que corresponden a períodos posteriores a la fecha efectiva de terminación de la cobertura se reintegrarán de manera proporcional dentro del plazo de 30 días posteriores a que tengamos conocimiento real de su terminación. Después de realizado el reintegro, ni FirstCare ni ningún Proveedor Participante tendrán responsabilidad alguna con respecto a la cantidad reintegrada en virtud de este Plan de beneficios. Todas las reclamaciones de reintegros deben hacerse dentro de los 60 días a partir de la fecha efectiva de terminación de la cobertura de un Miembro, o se considerará que el Miembro ha renunciado al derecho de reintegro.

Rescisiones

Como se indica en la Sección 2712 de la Resolución de la Cámara 3590 (Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible):

Un plan médico colectivo y un emisor de seguro médico que ofrecen cobertura médica colectiva o individual no rescindirán tal plan o cobertura con respecto a un Miembro una vez que esté cubierto por tal plan o cobertura, pero esta sección no se aplicará a una persona cubierta que haya realizado un acto o práctica que constituya un fraude o haga una declaración falsa intencional de un hecho importante, según lo prohíben los términos del Plan o la cobertura. Dicho plan o cobertura no pueden cancelarse, salvo por medio de una notificación previa por escrito con 30 días de anticipación al afiliado y solo en los casos permitidos según el artículo 2702 (c) o 2742 (b).

Continuación de la Cobertura Debido al Cambio de Estado Civil

Si la cobertura de un dependiente termina debido a un cambio en el estado civil, su cónyuge anterior puede recibir la cobertura que más se aproxime a la cobertura de la Evidencia de Cobertura que estaba en vigencia antes del cambio de estado civil y sin presentar pruebas de asegurabilidad. Con el fin de inscribirse en dicha cobertura, su cónyuge anterior debe continuar residiendo, viviendo o trabajando en el Área de Servicio, presentar una solicitud completa dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la fecha del cambio de estado civil y enviar pagos de las Primas requeridas bajo tal Evidencia de Cobertura. La fecha de entrada en vigencia de dicha cobertura será la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la Evidencia de la Cobertura anterior.

Restablecimiento después de la Aceptación de la Prima Atrasada

En cualquier caso en que la terminación sea el resultado de la falta de pago oportuno de la prima, la aceptación ulterior de tales pagos de las primas por FirstCare o nuestros agentes debidamente autorizados restablecerá la cobertura. A los efectos de esta disposición, la mera recepción y/o negociación del pago de una Prima atrasada no constituye aceptación. La Evidencia de Cobertura restablecida cubrirá únicamente la pérdida resultante de una lesión que pueda sufrirse después de la fecha de restablecimiento y la pérdida debido a una enfermedad que pueda comenzar más de diez días después de dicha fecha. En todos los demás aspectos, el suscriptor y FirstCare tendrán los mismos derechos que tenían en el marco de la Evidencia de Cobertura inmediatamente anterior a la fecha de vencimiento de las Primas en mora, incluso el derecho del suscriptor a la aplicación del período en que esta Evidencia de Cobertura estaba en vigencia inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de las Primas vencidas respecto de la satisfacción de los períodos de espera para los beneficios, en su caso, sin perjuicio de las disposiciones aprobadas en adelante o que se adjuntan al presente en relación con el restablecimiento. Cualquier pago de Primas aceptado en relación con un reintegro se aplicará a un período durante el cual las Primas no han sido pagadas con anterioridad, pero no a cualquier período de más de 60 días anteriores a la fecha de restablecimiento.

Sin Restablecimiento Automático

Un Miembro y/o sus Dependientes no serán readmitidos automáticamente si la cobertura fue terminada. Para ser readmitidos, un Miembro o sus Dependientes deben volver a presentar una solicitud en el próximo Período de Inscripción Abierta.

SECCIÓN 8 – COORDINACIÓN DE BENEFICIOS Y SUBROGACIÓN.

Si algunos de los beneficios a los que el Miembro tiene derecho en virtud de esta Evidencia de Cobertura también están cubiertos conforme a cualquier otro plan como se describe a continuación en el subpárrafo A(1), los beneficios cubiertos por otro plan de salud incluyen los beneficios que se hubieran pagado si la reclamación se hubiera realizado debidamente en consecuencia.

Coordinación de Beneficios (COB)

Solo a los fines de esta sección, las siguientes palabras tienen las siguientes definiciones:

1. Un **"plan"** es cualquiera de las siguientes opciones que provee beneficios o servicios de atención o tratamiento médico o dental. Si se utilizan contratos independientes para proporcionar una cobertura coordinada para los Miembros de un grupo, los contratos independientes se consideran partes del mismo plan y no hay ninguna COB entre esos contratos independientes.

   El Plan incluye: pólizas colectivas, globales o de accidentes con franquicia y de seguro de salud, sin incluir una cobertura de protección de ingresos por discapacidad; evidencias de cobertura individuales y colectivas de la organización de mantenimiento de la salud; pólizas individuales de seguro de salud y accidentes; planes de beneficios de proveedores preferidos y planes de beneficios de proveedores exclusivos individuales y colectivos; contratos de seguro colectivo, contratos de seguro individual y contratos de suscriptor que paguen o reembolsen el costo de la atención dental; componentes de atención médica de contratos de atención a largo plazo individuales y colectivos; cobertura de beneficios limitada que no se emite para complementar las pólizas vigentes individuales o colectivas; acuerdos sin seguro de cobertura colectiva o de tipo colectivo; cobertura de beneficios médicos en los contratos de seguros de automóviles; y beneficios de Medicare u otros beneficios gubernamentales, según lo permitido por la ley.

   El Plan no incluye: cobertura de protección de ingresos en caso de incapacidad; el Fondo de Seguros de Salud de Texas; cobertura de seguro de indemnización por accidente de trabajo, cobertura de indemnización por internación hospitalaria u otro tipo de cobertura de indemnización fija; cobertura de enfermedades específicas; cobertura solo de accidentes; cobertura de accidentes específicos, tipos de coberturas de accidente escolar que cubren a los estudiantes por accidentes solamente, que incluyen lesiones deportivas, ya sea en el formato de “24 horas” o “hacia y desde la escuela”; beneficios que se proporcionan en los contratos de seguro de atención a largo plazo para servicios no médicos, por ejemplo, cuidado personal, cuidado de día para adultos, servicios domésticos, ayuda con las actividades de la vida diaria, cuidado de relevo y cuidado asistencial o para los contratos que pagan un beneficio diario fijo sin tener en cuenta los gastos incurridos o la recepción de los servicios; pólizas suplementarias de Medicare; un plan estatal de Medicaid; un plan gubernamental que, por ley, ofrece beneficios que son superiores a los de cualquier plan de seguro privado; u otro plan gubernamental; o una póliza individual de seguro de accidentes y de salud que está diseñada para integrarse completamente con otras pólizas a través de un deducible variable.

2. **Gasto Permitido** significa un gasto de atención médica, que incluye los Deducibles, Coseguros y Copagos, que están cubiertos al menos en parte por cualquier Plan que cubre a la persona por quien se hace la reclamación. Cuando un Plan (incluyendo este Plan de Atención Médica) proporciona beneficios en forma de servicios, el valor en efectivo razonable de cada servicio prestado se considera que es tanto un gasto permitido como un beneficio pagado. Asimismo, cualquier gasto que un proveedor de atención médica o un médico, por ley o de conformidad con un acuerdo contractual, tenga prohibido cobrar a una persona cubierta no es un gasto permitido.

3. **Importe permitido** es el monto de un cargo facturado que una compañía de seguros determina que está cubierto para los servicios prestados por un Médico o proveedor de atención médica no preferido. El importe permitido incluye tanto el pago de la compañía de seguros como cualquier Deducible, Copago o importes de Coseguro aplicables por los que el Miembro es responsable.

4. **Padre con custodia** es el padre con el derecho de designar la residencia principal de un hijo por una orden judicial en virtud del Código Familiar de Texas u otra ley aplicable, o en ausencia de una orden judicial, es el padre con quien el hijo reside más de la mitad del año calendario, con exclusión de cualquier visita temporal.

Si usted es elegible para recibir beneficios de otro plan que duplica los beneficios previstos en esta Evidencia de Cobertura, FirstCare coordinará nuestros beneficios con el otro plan o planes de acuerdo con las reglas de Coordinación de Beneficios que se describen a continuación. FirstCare podrá solicitar a cualquier plan el reembolso del costo de los servicios prestados. Sin embargo, no solicitaremos el reembolso que supere la responsabilidad financiera de este Plan. Es su responsabilidad asegurarse de que todos los procedimientos sean debidamente autorizados con antelación por FirstCare y proporcionar información a FirstCare que nos ayude a determinar las obligaciones de Coordinación de Beneficios.

Las reglas que establecen el orden de la determinación de los beneficios entre FirstCare y cualquier otro plan que cubra al Miembro en cuyo nombre se realiza una reclamación son los siguientes:

- Siempre que un plan no contenga una disposición de Coordinación de Beneficios, ese plan debe ser el primario. El plan primario paga los beneficios antes de que lo haga el plan secundario. Cuando se determine que FirstCare es el plan secundario en base a las Reglas de Coordinación de Beneficios descriptas en esta sección, FirstCare calculará los beneficios que hubiera pagado en la reclamación en ausencia de otra cobertura de salud y aplicará ese importe calculado a cualquier gasto permitido en su plan que no pague el plan primario. El plan secundario podría reducir su pago en la cantidad que, cuando se combina con la cantidad pagada por el plan primario, da lugar a los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes para la reclamación equivalentes al 100 por ciento del gasto total permitido para esa reclamación. Además, el plan secundario debe acreditar a su Deducible del plan cualquier importe que hubiera acreditado a su Deducible en ausencia de otro plan de salud.
- Siempre que un plan contenga una disposición de Coordinación de Beneficios, los beneficios se determinarán de acuerdo con las reglas de Coordinación que se detallan a continuación.
- Cuando un Miembro de FirstCare tiene otra cobertura que es primaria, FirstCare proporciona cobertura secundaria solo cuando esos servicios son autorizados previamente por nuestro Departamento de Servicios Médicos. Es responsabilidad del Asegurado comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente para asegurarse de que se ha obtenido una autorización previa para cualquier remisión a un Médico, un profesional o un centro.
- Siempre que un plan no sea de panel cerrado, ese plan debe pagar o proporcionar beneficios como si se tratara del plan primario cuando usted utiliza un proveedor o un Médico sin contrato, a excepción de los Servicios de Urgencia o las remisiones autorizadas que el plan primario paga o proporciona. Un "plan de Panel Cerrado" es un plan que proporciona beneficios a las personas cubiertas principalmente en la forma de servicios a través de un panel de proveedores y Médicos que tienen un contrato o son empleados del plan, y que excluye la cobertura de los servicios proporcionados por otros proveedores y Médicos, excepto en casos de urgencia o remisión por parte de un miembro del panel.
- Cuando varios planes que ofrecen cobertura coordinada son tratados como un solo plan, esta sección solo se aplica al plan en su conjunto y la coordinación entre los planes componentes se rige por los términos de los planes. Si más de un plan paga o proporciona los beneficios en virtud del plan, el plan designado como el primario dentro del plan debe ser responsable de que el plan cumpla con esta sección.
- Si un Miembro está cubierto por más de un plan secundario, el orden de las reglas de determinación de los beneficios de esta sección decide el orden en el que se determinan los beneficios de los planes secundarios en relación el uno con el otro. Cada plan secundario debe tener en cuenta los beneficios del plan primario o los planes y los beneficios de cualquier otro plan por el cual, según las normas de esta sección, sus beneficios sean determinados antes que los del plan secundario.
- Si las normas descritas en esta sección no determinan el orden de los beneficios, los importes permitidos deben compartirse por igual entre los otros planes. Además, este Plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan primario.

- La cobertura que se obtiene en virtud de la pertenencia a un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y prevé que esta cobertura complementaria debe ser en exceso a cualquier otra parte del plan proporcionada por el titular del contrato. Ejemplos de este tipo de situaciones son la cobertura de gastos médicos mayores que se superponen sobre los beneficios quirúrgicos y hospitalarios del plan básico y las coberturas de tipos de seguros que se redactan en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.

Normas de Coordinación

Las normas que establecen el orden de determinación de los beneficios en cuanto a la reclamación de un Miembro a los fines de esta sección son las siguientes:

1. No Dependiente/Dependiente

Los beneficios del plan que cubre al Miembro como Suscriptor se determinan antes que los del plan que cubre al Miembro como Dependiente, excepto que el Miembro sea también beneficiario de Medicare y, como resultado de la norma establecida en el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones de implementación, Medicare sea:

- Secundario con respecto al plan que cubre al miembro como Dependiente; y
- Primario con respecto al plan que cubre al Miembro como algo más que un Dependiente (por ejemplo, un empleado jubilado), entonces los beneficios del plan que lo cubre como Dependiente se determinan antes que aquellos del plan que lo cubre de otra manera que no sea como un Dependiente.

2. Hijo a Cargo Cubierto por más de un Plan

Salvo que haya una orden judicial que establezca lo contrario, los planes que cubren a un hijo a cargo deben determinar el orden de los beneficios utilizando las siguientes normas que correspondan:

a. En el caso de un hijo a cargo cuyos padres están casados o viven juntos, independientemente de que alguna vez hayan estado casados o no:
- Los beneficios del plan del padre cuyo cumpleaños ocurre primero en el año se determinan antes que los del plan del padre cuyo cumpleaños cae más tarde en ese año; pero
- Si ambos padres tienen la misma fecha de nacimiento, los beneficios del plan que ha cubierto a uno de los padres por más tiempo se determinan antes que los del plan que ha cubierto al otro padre por un período más corto.

b. En el caso de un hijo a cargo cuyos padres están divorciados, separados o no viven juntos, independientemente de que alguna vez hayan estado casados o no:
- Si una orden judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo a cargo y el plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese plan es el primario. Si el padre responsable no tiene cobertura de atención médica para los gastos de atención médica del hijo a cargo y el cónyuge del padre sí, entonces el plan del cónyuge es el plan primario. Esta cláusula no debe aplicarse con respecto a ningún año del plan durante el cual se pagan o proporcionan beneficios antes de que la entidad tenga conocimiento real de la disposición de la orden judicial.
- Si una orden judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo a cargo, las disposiciones de la cláusula (B)(2)(a) deben determinar el orden de los beneficios.

- Si una orden judicial establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de los padres tiene la responsabilidad de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo a cargo, las disposiciones de la cláusula (B)(2)(a) deben determinar el orden de los beneficios.
- Si no hay una orden judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo a cargo, el orden de los beneficios para el hijo es el siguiente:

    1. En primer lugar, el plan que cubre al padre que tiene la custodia;
    2. A continuación, el plan que cubre al cónyuge del padre que tiene la custodia;
    3. Luego, el plan que cubre al padre que no tiene la custodia;
    4. Por último, el plan que cubre al cónyuge del padre que no tiene la custodia.

- En el caso de un hijo a cargo cubierto por más de un plan de personas que no son sus padres, las disposiciones de las cláusulas (B)(2)(a) o (B)(2)(b) deben determinar el orden de los beneficios como si esas personas fueran los padres del niño.
- En el caso de un hijo a cargo que tiene cobertura en virtud de los planes de uno o ambos padres y tiene su propia cobertura como persona a cargo conforme a un plan del cónyuge, se aplica la cláusula (B)(5).
- En el caso de que la cobertura del hijo a cargo en virtud del plan del cónyuge hubiese comenzado en la misma fecha que la cobertura del hijo a cargo conforme a los planes de uno o ambos padres, el orden de los beneficios debe ser determinado mediante la aplicación de la norma del cumpleaños en la cláusula (B)(2)(a) a uno o ambos padres del hijo a cargo y al cónyuge de la persona a cargo.
- En el caso de que ninguna de las disposiciones antes mencionadas determine el orden de los beneficios, se deben compartir por igual los gastos permitidos entre los planes.

3. Empleado Activo/Jubilado o Despedido

Los beneficios de un plan que cubre a un Miembro como empleado, que no ha sido despedido ni está jubilado, se determinan antes que los de un plan que cubre al Miembro como empleado despedido o jubilado. Se aplicaría el mismo método si un Miembro es una persona a cargo de un empleado activo y ese mismo Miembro es una persona a cargo de un empleado jubilado o despedido. Si el otro plan no tiene esta norma y, si como resultado, los planes no concuerdan con el orden de los beneficios, esta norma se ignora. Esta norma no se aplica si la cláusula (B)(1) de esta sección puede determinar el orden de los beneficios.

4. Continuación de la Cobertura de COBRA o del Estado

Si un Miembro cuya cobertura se proporciona en virtud de un derecho de continuación de conformidad con la ley federal o estatal, y también está cubierto por otro plan, el siguiente deberá ser del orden de determinación de los beneficios:

- Los beneficios de un plan que cubre al Miembro como Suscriptor (o como Persona a Cargo del Suscriptor); y
- Los beneficios conforme a la cobertura de continuación.

Si el otro plan no cuenta con la norma antes descrita y, si como resultado, los planes no concuerdan con el orden de los beneficios, esta norma se ignora. Esta regla no se aplica si la cláusula (B) (1) de esta sección puede determinar el orden de los beneficios.

5. Duración Mayor/Menor de la Cobertura

Si ninguna de las normas anteriores determina el orden de los beneficios, los beneficios del plan que ha cubierto a un Suscriptor o Miembro por más tiempo se determinan antes que los del plan que ha cubierto a ese Miembro por el plazo más corto.

Para determinar el tiempo que un Miembro ha estado cubierto por un plan, se debe tratar a dos planes sucesivos como uno si el Miembro era elegible conforme al segundo plan dentro de las 24 horas posteriores a la caducidad del primer plan.

El inicio de un nuevo plan no incluye:

- Un cambio en el importe o el alcance de los beneficios de un plan;
- Un cambio en la entidad que paga, proporciona o administra los beneficios del plan; o
- Un cambio de un tipo de plan a otro, como por ejemplo, de un plan de empleador individual un plan de empleadores múltiples.

La duración de la cobertura del Miembro en virtud de un plan se mide a partir de la primera fecha de la cobertura del Miembro en virtud de ese plan. Si esa fecha no está fácilmente disponible para un plan colectivo, la fecha en que la persona primero se hizo Miembro del grupo se debe utilizar como la fecha para determinar el período en que la cobertura del reclamante en virtud del presente plan ha estado vigente.

6. Proveedores del Empleador

Los beneficios que se proporcionan directamente a través de un proveedor específico de un empleador serán, en todos los casos, los beneficios primarios antes de los beneficios de esta Evidencia de Cobertura.

7. Proveedores Militares

Los servicios y beneficios para el personal militar a los cuales un Miembro tiene derecho legal y para los que los centros están razonablemente disponibles serán, en todos los casos, los servicios y beneficios primarios antes de los beneficios de esta Evidencia de Cobertura, si los aprobamos por anticipado. De lo contrario, no se pagará ningún beneficio.

8. Divulgación de la Información

A los fines de esta Evidencia de Cobertura, FirstCare podrá, sujeto a los requisitos de confidencialidad correspondientes establecidos en esta Evidencia de Cobertura, divulgar u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización la información necesaria para implementar estas disposiciones de Coordinación de Beneficios. Cualquier miembro que reclame beneficios en virtud de esta Evidencia de Cobertura debe proporcionar a FirstCare toda la información necesaria para implementar estas disposiciones de Coordinación de Beneficios.

9. Recuperación de los Pagos

Cada vez que FirstCare haya realizado pagos con respecto a los gastos permitidos en un importe total, en cualquier momento, en exceso del importe máximo de pago requerido de acuerdo con las disposiciones de la Coordinación de Beneficios de esta sección, FirstCare tendrá el derecho a recuperar tal pago en la medida de tal excedente de entre una o más de las siguientes opciones que determine FirstCare:

- Cualquier persona o personas a quien, para quien o con respecto a quien se realicen tales pagos; y

- Cualquier compañía o compañías de seguros (o cualquier otra organización u organizaciones) a las que se hicieron los pagos, incluyendo, entre otros, los beneficios de Protección por Lesiones Personales (PIP por sus siglas en inglés), beneficios sin culpa, pago médico (Med Pay), cobertura de conductor sin seguro, responsabilidad civil y responsabilidad extendida.

10. Lesión/Enfermedad Laboral

En el caso de que FirstCare proporcione servicios o efectúe pagos por lesiones o enfermedades laborales sufridas por un Miembro o que se determine que tales servicios están cubiertos por un Sistema de Indemnización por Accidente de Trabajo o cualquier otro seguro, FirstCare tendrá derecho a recuperar del tercero pagador el Importe de Reembolso para Proveedores No Participantes (NPPR) por tales servicios prestados o los pagos realizados por FirstCare. Se entiende que la cobertura en virtud de esta Evidencia de Cobertura no sustituye y no afectará ningún beneficio o requisito de cobertura en virtud de un Sistema de Indemnización por Accidente de Trabajo correspondiente o de cualquier otra cobertura de seguro aplicable.

Subrogación, Reembolso y/o Responsabilidad de Terceros

1. Subrogación

Si el Plan paga o proporciona beneficios para Usted o sus Dependientes, el Plan es subrogado a todos los derechos de recuperación que Usted o sus Dependientes tengan en forma contractual, extracontractual o de otra manera contra una persona, organización o compañía de seguros por la cantidad de los beneficios que el plan haya pagado o proporcionado. Eso significa que el Plan podrá utilizar sus derechos para recuperar dinero a través de una sentencia, un acuerdo o por cualquier otro medio de cualquier persona, organización o compañía de seguros. A los fines de esta disposición, subrogación significa la sustitución de una persona o entidad (el Plan) por otra (Usted o sus Dependientes) con referencia a una reclamación, una demanda o un derecho legal, para que la persona que se sustituye adquiera por sucesión los derechos de la otra parte en relación con la deuda o la reclamación, y sus derechos o recursos.

Salvo en los casos en que los derechos de subrogación se vean impedidos por circunstancias de hecho, el plan tendrá un derecho de reembolso. Si Usted o su Dependiente recuperan el dinero de cualquier persona, organización o compañía de seguros por una lesión o enfermedad por las cuales el Plan pagó beneficios, Usted o sus Dependientes aceptan reembolsar al Plan el dinero recuperado por la cantidad de beneficios pagados o proporcionados por el plan. Eso significa que, de acuerdo con el Título 6, Capítulo 140 del Código de Prácticas Civiles y Recursos de Texas, usted o sus dependientes pagarán al Plan la cantidad de dinero recuperado por usted a través de una sentencia, una resolución o de otra manera del tercero o su aseguradora, así como de cualquier persona, organización o compañía de seguros, hasta la cantidad de beneficios pagados o provistos por el plan.

Usted o su Dependiente se comprometen a proporcionar de inmediato al Plan toda la información que tenga en relación con sus derechos de recuperación de cualquier persona, organización o compañía de seguros y ayudar y cooperar totalmente con el plan para proteger y acceder a sus derechos de reembolso y subrogación. Usted, su Dependiente o su abogado notificarán al Plan antes de la resolución de cualquier reclamación o demanda, a fin de que podamos hacer cumplir nuestros derechos mediante la participación en la resolución de la reclamación o la demanda. Usted o su Dependiente también acuerdan no permitir que los derechos de reembolso y subrogación del plan se vean limitados o perjudicados por cualquier acto u omisión de su parte.

2. Derecho de Reembolso

a. Si pagamos beneficios y usted recupera o tiene derecho a recuperar los beneficios de otra cobertura o de cualquier parte legalmente responsable, tenemos derecho a recuperar de usted la cantidad que hayamos pagado.
b. Debe notificarnos, por escrito, dentro de un plazo de 31 días sobre cualquier resolución, compromiso, sentencia o pago de beneficios. Si usted renuncia a nuestro derecho al reembolso o lo imposibilita, suspenderemos el pago de los servicios pasados o futuros hasta que todo derecho de retención pendiente sea resuelto
c. Si usted recupera el pago y exime del mismo a cualquier parte legalmente responsable por los gastos médicos futuros relacionados con una lesión o enfermedad corporal, tendremos siempre el derecho de solicitar el reembolso de su parte. Sin embargo, este derecho solo se aplicará en la medida en que lo permita la ley.
d. Esta obligación de reembolso existe plenamente independientemente de si la resolución, el compromiso o la sentencia determinan que la recuperación incluye o excluye gastos médicos.

3. Nuestro Derecho de Subrogación

En la medida en que lo permita la legislación de Texas, tenemos el derecho de recuperar los pagos adquiridos por usted contra cualquier persona u organización por negligencia o cualquier acto deliberado que dé lugar a una enfermedad o lesión corporal en la medida en que hayamos pagado los servicios. Como condición para recibir nuestros beneficios, usted acuerda cedernos los derechos que podría tener para hacer una reclamación, entablar acciones legales o recuperar los gastos pagados por los beneficios cubiertos en virtud de este Contrato.

Si no se Nos permite ejercer nuestro derecho de subrogación, podríamos ejercer nuestro derecho de reembolso.

4. Excedente de Seguro

Cuando se hayan realizado pagos conforme a este Plan con respecto a Servicios de Atención Médica en un importe total superior a la suma máxima de los pagos necesarios para satisfacer el propósito de esta disposición, el Plan se reserva el derecho de recuperar tales pagos en exceso de cualquier parte a la que o en nombre de la cual se hicieron esos pagos, incluidas:

- Las personas a quienes o para quienes se hayan suministrado tales beneficios (pero solo en la medida en que esa persona haya recibido el pago de otro Plan por un servicio o un suministro proporcionado conforme a este Plan);
- Las compañías de seguros;
- Otras organizaciones.

El “importe de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios.

5. Homicidio Culposo

En el caso en que la(s) Persona(s) Cubierta(s) fallezca(n) como resultado de sus lesiones y se presente una reclamación por homicidio culposo o de sobreviviente contra un tercero o cualquier Cobertura, aún se seguirán aplicando los derechos de subrogación y reembolso del Plan.

6. Obligaciones

a. Es su obligación, antes y después del pago de los beneficios médicos por parte del Plan, en una medida razonable:

- Cooperar con el Plan o con cualquier representante del Plan en la protección de sus derechos, lo que incluye la presentación de pruebas, la asistencia a declaraciones o la cooperación en un juicio para preservar los derechos del Plan;
- Proporcionar al Plan la información pertinente con respecto a la afección, enfermedad, discapacidad o lesión, incluyendo los informes de accidentes, la información sobre la resolución y cualquier otra información adicional solicitada;
- Tomar las medidas y firmar los documentos que el Plan exija para hacer cumplir sus derechos de subrogación y reembolso;
- No hacer nada que perjudique los derechos de subrogación y reembolso del Plan;
- Reintegrar lo que corresponda de inmediato al Plan cuando se reciba una recuperación a través de una resolución, una sentencia, una indemnización u otro pago; y
- No acordar ni eximir, sin el consentimiento previo del Plan, ninguna reclamación que el Beneficiario del Plan pudiera tener en contra de cualquier parte responsable o Cobertura.

b. Si la(s) Persona(s) Cubierta(s) y/o su abogado no reintegran al Plan todos los beneficios pagados o por pagar como resultado de tal lesión o afección de los ingresos, sentencias o acuerdos recibidos, la(s) Persona(s) Cubierta(s) será(n) responsable(s) por todos y cada uno de los gastos (ya sean tarifas o costos) asociados con la intención del Plan para recuperar ese dinero de la(s) Persona(s) Cubierta(s).

c. Los derechos de reembolso y/o subrogación del Plan de ninguna manera dependen de la cooperación o el cumplimiento de estos términos por parte de la(s) Persona(s) Cubierta(s).

7. Situación de un Menor

En el caso de que la(s) Persona(s) Cubierta(s) sea(n) menor(es) de edad, conforme la legislación aplicable define este término, los padres o el tutor del menor asignado por el tribunal deberán cooperar en una medida razonable en todas y cada una de las acciones del Plan para solicitar y obtener la aprobación del tribunal, requerida para obligar al menor y su patrimonio en la medida en que corresponda a estas disposiciones de subrogación y reembolso.

8. Divisibilidad

En el caso de que cualquier sección de esta disposición se considere nula o ilegal por cualquier motivo, tal nulidad o ilegalidad no afectará las secciones restantes de esta disposición y del Plan. La sección será completamente divisible. El Plan se interpretará y se hará cumplir como si tales secciones nulas o ilegales no se hubieran incluido nunca en el Plan.

SECCIÓN 9: PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS Y APELACIONES DE LOS MIEMBROS

Un *Reclamo* es cualquier insatisfacción expresada por Usted o cualquier persona que actúe en su nombre, sea en forma verbal o por escrito, ante nosotros sobre cualquier aspecto de nuestra operación, que incluye, entre otras, la insatisfacción con la administración del plan, los procedimientos relacionados con la revisión o apelación de una Determinación Adversa de Beneficios, la negación, la reducción o la terminación de un servicio por razones no relacionadas con la Necesidad Médica, la forma de prestar un servicio o las decisiones de desafiliación. El término no incluye un malentendido o un problema de información errónea que se resuelve de manera oportuna aclarando el malentendido o proporcionando la información adecuada a satisfacción del Miembro, y no incluye una insatisfacción o un desacuerdo, orales o escritos, sobre una Determinación Adversa de Beneficios por parte de un Proveedor Participante o del Miembro. Un Reclamo presentado en relación con la insatisfacción o el desacuerdo respecto de una Determinación Adversa de Beneficios constituye una apelación de esa Determinación Adversa. Usted tendrá 180 días luego de la recepción de una notificación de determinación adversa de beneficios en los que podrá apelar la determinación.

Procedimiento de Reclamos

Si Nos notifica en forma oral o escrita un Reclamo, demoraremos cinco días hábiles, como máximo, a partir de la fecha de la recepción del Reclamo, para enviarle una carta acusando recibo de la fecha en que recibimos su Reclamo. Incluiremos un formulario de Reclamo de una página que le recomendamos que complete y luego nos devuelva para una pronta resolución.

Los Reclamos deben ser dirigidos al Departamento de Servicio al Cliente al 1-855-572-7238 o por escrito a:

SHA, L.L.C. dba FirstCare
ATTN: Complaints and Appeals
12940 N. HWY 183
Austin, TX. 78750

Una vez recibido el Reclamo por escrito o el formulario de Reclamo de una página de Su parte, investigaremos y le enviaremos una carta con Nuestra resolución. El tiempo total para reconocer, investigar y resolver su Reclamo no superará los 30 días calendario posteriores a la fecha en la que lo recibimos.

Su Reclamo relativo a una emergencia o denegación de la continuación de su hospitalización se resolverá dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su Reclamo. La investigación y la resolución se llevarán a cabo de acuerdo con la urgencia médica del caso.

Puede utilizar el Proceso de Apelación para resolver un conflicto en relación con la resolución de Su Reclamo.

Procedimiento de Apelación de Reclamos

Si el Reclamo no se resuelve a Su satisfacción, tiene derecho, ya sea a presentarse personalmente ante una Junta de Apelación de Reclamos donde normalmente recibe servicios de atención médica, salvo que se acuerde otro sitio, o a enviar una apelación por escrito a la Junta de Apelación de Reclamos.

Le enviaremos una carta de reconocimiento en un plazo máximo de cinco días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud de apelación.

Designaremos Miembros en la Junta de Apelación de Reclamos, que nos asesorarán sobre la resolución del conflicto. La Junta de Apelación de Reclamos estará compuesta por una igual cantidad de integrantes de Nuestro personal, Médicos u otros proveedores y Miembros.

Salvo que hubiera acordado algo diferente, le proporcionaremos lo siguiente a Usted o a Su representante designado, en un plazo máximo de cinco días hábiles antes de la reunión programada de la junta:

- Toda la documentación que Nuestro personal presentará ante la junta;
- La especialidad de los Médicos o proveedores consultados durante la investigación; y
- El nombre y la filiación de cada uno de Nuestros representantes en la junta.

Usted o un representante designado tienen derecho a:

- Presentarse personalmente ante la Junta de Apelación de Reclamos;
- Presentar el testimonio de expertos alternativos; y
- Solicitar la presencia de cualquier persona responsable de tomar la decisión que dio lugar a la apelación y a interrogarla.

Una vez que la junta de apelación haya escuchado el caso del Reclamo, hará una recomendación. Si su recomendación es anular la decisión sobre el Reclamo, el caso y la recomendación de la junta se envía a la Junta Ejecutiva de Apelaciones para que la revisen y tomen una decisión final para garantizar que las políticas y los procedimientos se respeten y se consideren al tomar la decisión final.

La notificación por escrito de Nuestra decisión final sobre la apelación se proporcionará en un plazo máximo de 30 días calendario posteriores la fecha de recepción de la apelación. No obstante, el Miembro podrá renunciar al plazo de 30 días calendario si no puede programar una junta de apelación de forma oportuna. Si se deniega la apelación, la notificación escrita deberá incluir una declaración clara y concisa sobre lo siguiente:

- El fundamento clínico para el rechazo de la apelación;
- Los criterios contractuales utilizados;
- La notificación de Su derecho a solicitar la revisión de la denegación por parte de una Organización de Revisión Independiente (ORI), y los procedimientos para obtener esa revisión; y
- La notificación también incluirá el número de teléfono gratuito y la dirección del Departamento de Seguros de Texas.

Procedimiento de Apelación de Determinación Adversa sobre Beneficios

En caso de una Determinación Adversa de Beneficios, la notificación incluirá lo siguiente:

- Las principales razones de la Determinación Adversa de Beneficios.
- El fundamento clínico para la Determinación Adversa de Beneficios.
- Una descripción o la fuente de los criterios de selección que se utilizaron como pautas para tomar la determinación.
- La especialidad del Médico que realiza la denegación.
- La notificación del derecho a apelar una Determinación Adversa de Beneficios de forma interna a FirstCare y externa a una Organización de Revisión Independiente.
- La notificación de los procedimientos para apelar una Determinación Adversa de Beneficios ante una Organización de Revisión Independiente.
- La notificación al Miembro que tiene una afección potencialmente mortal sobre su derecho a una revisión inmediata por parte de una Organización de Revisión Independiente y el procedimiento para obtener tal revisión.
- Un procedimiento de apelación interna expeditiva de una negación de medicamentos o infusiones intravenosas recetadas para los cuales usted reciba beneficios de acuerdo con el plan se resolverá en un día hábil. El procedimiento incluye una revisión realizada por un proveedor de atención médica, con las siguientes características:
    1) no ha revisado el caso con anterioridad; y
    2) tiene una especialidad igual o similar a la del proveedor de atención médica que normalmente se encargaría de la enfermedad, procedimiento o tratamiento que se revisa en la apelación.

- Apelación inmediata ante una Organización de Revisión Independiente por la denegación de medicamentos recetados o infusiones intravenosas. No obstante cualquier otra ley, en una circunstancia que implique la prestación de medicamentos recetados o infusiones intravenosas por la que el paciente está recibiendo beneficios en virtud de la póliza de seguro médico, la persona inscrita tiene:
    1. Derecho a una apelación inmediata ante una Organización de Revisión Independiente; y
    2. No es necesario cumplir con los procedimientos para la revisión interna de la Determinación Adversa de Beneficios del Agente de Revisión de la Utilización.
- Derecho a información sobre la disponibilidad y la información de contacto del servicio de Asistencia al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas.
- Declaración de que Usted tiene derecho a recibir un acceso razonable/copias de documentos, registros y otra información relacionada con la Determinación Adversa de Beneficios.

Usted, una persona que actúe en Su nombre, Su Médico o un Proveedor Participante pueden apelar la Determinación Adversa de Beneficios en forma verbal o escrita.

Le enviaremos una carta de reconocimiento en un plazo máximo de cinco días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud de apelación. Describiremos una lista de documentos que debe presentar para revisión por parte del Agente de Revisión de la Utilización.

La investigación y la resolución de las apelaciones relativas a las emergencias o las denegaciones de continuación de hospitalización en curso se llevarán a cabo de acuerdo con la urgencia médica del caso, pero en ningún caso excederán las 24 horas posteriores a Su solicitud de apelación.

Debido a la urgencia o la continuación de la hospitalización en curso, y una vez presentada su Apelación, le proporcionaremos una evaluación por parte de un Médico o proveedor que no haya revisado el caso con anterioridad, que tenga la misma especialidad o una similar y que normalmente atienda la afección médica, el procedimiento o el tratamiento bajo análisis para la revisión de la apelación.

El Médico o proveedor que revisa la apelación podrá entrevistarlo a Usted o a Su representante designado y tomará una decisión sobre la apelación. La notificación inicial de la decisión podrá ser verbal si en los tres días posteriores se proporciona una notificación por escrito de la resolución.

La notificación por escrito de Nuestra decisión final sobre la apelación se proporcionará en un plazo máximo de 30 días calendario posteriores la fecha de recepción de la apelación. Si se deniega la apelación, la notificación por escrito incluirá una declaración clara y concisa sobre lo siguiente:

- El fundamento clínico para la denegación de la apelación.
- La especialidad del Médico que realiza la denegación.
- La notificación de Su derecho a solicitar la revisión de la denegación por parte de una Organización de Revisión Independiente y los procedimientos para obtener dicha revisión.

Presentación de Reclamos ante el Departamento de Seguros de Texas

Cualquier persona, incluidas aquellas que hayan tratado de resolver Reclamos mediante Nuestro proceso del sistema de Reclamos y que no estén conformes con la resolución, podrá informar una supuesta infracción a esta dirección:

Consumer Protection, MC 111-1A
Texas Department of Insurance
P.O. Box 149104
Austin, Texas 78714-9104

El comisionado investigará un Reclamo contra Nosotros para determinar el cumplimiento en un plazo de 60 días tras la recepción del Reclamo y toda la información necesaria por parte del Departamento de Seguros de Texas para poder determinar el cumplimiento. El comisionado podrá ampliar el tiempo necesario para completar una investigación en caso de que se produzca alguna de las siguientes circunstancias:

- Se necesita información adicional;
- Se necesita una revisión en el sitio;
- Nosotros, el Médico o proveedor o Usted no proporciona toda la documentación necesaria para completar la investigación; o
- Tienen lugar otras circunstancias que exceden el control del Departamento de Seguros de Texas.

Apelaciones ante una Organización de Revisión Independiente (ORI)

Apelaciones Médicas

En una circunstancia que involucre una afección potencialmente mortal, usted tiene derecho a una apelación inmediata ante una Organización de Revisión Independiente y no se le exige que cumpla con los procedimientos para una revisión interna de Nuestra Determinación Adversa de Beneficios.

Las denegaciones de tratamientos o procedimientos experimentales/de investigación o Médicamente Necesarios son elegibles para revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (ORI).

Cualquiera de las partes a la que hayamos denegado la apelación de una Determinación Adversa de Beneficios podrá solicitar la revisión de esa determinación por parte de una Organización de Revisión Independiente asignada a la apelación de la siguiente manera:

- Le proporcionaremos a Usted, a Su representante designado y/o a Su proveedor registrado la información sobre cómo apelar la denegación de una Determinación Adversa de Beneficios ante una Organización de Revisión Independiente.
- Debemos proporcionarle tal información a Usted, a Su representante designado o a Su proveedor registrado en el momento de la denegación de la apelación.
- Le proporcionaremos a Usted, a Su representante designado y/o a Su proveedor registrado el formulario correspondiente.
- Usted, Su representante designado y/o Su proveedor registrado deben completar el formulario y devolvérnoslo para comenzar el proceso de revisión independiente.

Con respecto a una revisión externa estándar, la Organización de Revisión Independiente entregará un aviso escrito de la decisión final al plan médico y al reclamante dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud por parte de ORI. Con respecto a una revisión externa expeditiva, se presentará un aviso escrito de la decisión final tan pronto como lo requieran las circunstancias o el estado de salud del reclamante, pero nunca más de 72 horas después de que la ORI reciba la solicitud.

El proceso de apelación no prohíbe interponer otros recursos apropiados, incluidas las medidas cautelares, una sentencia declaratoria u otras medidas previstas por ley, si el requisito de agotar el proceso de apelación y revisión pone en grave peligro su salud.

FirstCare no tomará represalias, tales como negarse a renovar su cobertura o cancelarla, ni en su contra ni en contra de ninguna persona que actúe en su nombre, por haber presentado un Reclamo contra FirstCare o haber apelado una decisión tomada por FirstCare.

Apelaciones por Farmacia

Cuando un medicamento no está cubierto en el formulario o está esperando la revisión del formulario, una Autorización Previa de Excepción permite la revisión clínica de la necesidad médica y la cobertura.

Existen circunstancias urgentes cuando un Miembro padece una afección de salud que pueden poner en grave riesgo su vida, su salud o su capacidad de recuperar la máxima función o cuando un Miembro está siendo sometido a un tratamiento con un medicamento no incluido en el formulario.

Si rechazamos una solicitud de excepción estándar o de una excepción urgente, el Miembro, la persona designada por este o el médico tratante de dicho Miembro (u otra persona que recete los medicamentos) pueden presentar una solicitud para que la solicitud de excepción original y el posterior rechazo de tal solicitud sean revisados por una Organización de Revisión Independiente.

La Organización de Revisión Independiente tomará una determinación sobre la solicitud de excepción externa y notificará al Miembro, a la persona designada por este o al médico tratante de dicho Miembro (u otra persona que recete los medicamentos, según corresponda) sobre la determinación respecto de la cobertura dentro del plazo máximo de 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud si la solicitud original era una solicitud de excepción estándar y de 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud si la solicitud original era una solicitud de excepción urgente.

Si concedemos una revisión de excepción externa ante una solicitud de excepción estándar, brindaremos la cobertura del medicamento fuera del formulario por el tiempo que indique la receta. Si concedemos una revisión de excepción externa ante una solicitud de excepción urgente, brindaremos la cobertura del medicamento fuera del formulario por el tiempo que sea necesario.

SECCIÓN 10: DISPOSICIONES VARIAS

Evidencia de Cobertura Completa

Este manual, incluidos los adjuntos y modificaciones al mismo, y su formulario de inscripción (y los de sus dependientes, si los tiene) constituyen la totalidad del contrato entre FirstCare y usted (y los dependientes cubiertos) y, a partir de la fecha de vigencia de su cobertura, esta Evidencia de Cobertura prevalece por sobre todos los demás acuerdos.

Cambio en las Primas con Aviso

Aceptamos el pago de las primas directamente de usted. El Mercado puede ofrecerle una selección de varias opciones de pago, que podrían incluir una opción de pago electrónico. Si usted recibe el pago anticipado de créditos fiscales de primas, recibiremos pagos de dos fuentes diferentes (es decir, el Departamento del Tesoro y usted o el Mercado) en su nombre.

Nos reservamos el derecho a ajustar la prima en cada fecha de aniversario de esta Evidencia de Cobertura, previa notificación con 60 días de anticipación. Consulte la Sección 7, *Primas y Terminación de la Cobertura,* para obtener más detalles.

Cancelación

Salvo que se disponga lo contrario en este documento, FirstCare no tendrá derecho a cancelar su cobertura si se cumplen los siguientes requisitos:

- Usted y sus Dependientes, si los tiene, continúan siendo elegibles para la cobertura de acuerdo con esta Evidencia de Cobertura; y
- Se pagaron todas las primas aplicables de conformidad con este Contrato.

Autoridad

Ningún agente o empleado de FirstCare está autorizado a cambiar la forma o el contenido de este Contrato, salvo para realizar las inserciones necesarias y adecuadas en los espacios en blanco. Cualquier cambio en la forma o el contenido de esta Evidencia de Cobertura solo podrá realizarse mediante una cláusula adicional adecuada firmada por un funcionario autorizado de FirstCare. Ningún agente, empleado u otra persona, salvo un funcionario autorizado de FirstCare, tiene autoridad para renunciar a los términos, las disposiciones, las condiciones o las restricciones de esta Evidencia de Cobertura.

Si ha adquirido este Plan a través del Mercado, en ningún caso FirstCare deberá ser considerado como el agente del Mercado o ser responsable por el Mercado. Toda la información que usted proporcione al Mercado y sea recibida por FirstCare del Mercado se considerará exacta y completa. Se notificará inmediatamente al Mercado y a FirstCare cualquier cambio en dicha información.

Autorización para Examinar su Historia Clínica

Usted y las Personas a Su Cargo, si las tiene, consienten y autorizan expresamente, en la medida en que lo permita la legislación aplicable, que todos los Médicos y profesionales de la salud que les brindan atención médica permitan la consulta y la copia de cualquier parte de los registros médicos y otros registros de ese proveedor relativos a Ustedes por parte de FirstCare, a petición de FirstCare, sin necesidad de que Ustedes otorguen una autorización adicional.

Aviso de Reclamación

No se espera que realice pagos por los Servicios de Salud Cubiertos, a excepción de los Copagos que se exigen. No obstante, si paga Servicios de Salud Cubiertos, además de los Copagos exigidos, debe presentarnos una reclamación en un plazo de 180 días a partir de la fecha de pago de esos servicios, salvo que pueda documentar con la mayor prontitud razonable, después del plazo de 180 días que, a nuestra entera satisfacción, existe una causa justa por la cual tal reclamación no se pudo presentar dentro del plazo de 180 días. Sin embargo, no se permitirá el reembolso si la reclamación se presenta más de un año después de la fecha en que se pagaron los Servicios de Salud Cubiertos originalmente. Proporcionaremos formularios para la presentación de una constancia de pago por escrito. Puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-855-572-7238.

Pago de Reclamaciones

El pago de las reclamaciones a usted se manejará de la siguiente manera:

Como máximo, 15 días después de recibir una reclamación de su parte, haremos lo siguiente:

- Acusaremos recibo de la reclamación;
- Iniciaremos cualquier investigación sobre la reclamación; y
- Solicitaremos toda la información, declaraciones y formularios que consideremos necesarios. Es posible que se le hagan más solicitudes durante el curso de la investigación.

Como máximo, 15 días después de la recepción de todos los elementos y datos solicitados, FirstCare hará lo siguiente:

- Le notificará la aceptación o el rechazo de la reclamación y, si es rechazada, el motivo; o
- Le notificará que se necesita más tiempo e indicará el motivo. Como máximo, 45 días después de la fecha de notificación del requisito de tiempo adicional, aceptaremos o rechazaremos la reclamación.

Las reclamaciones se pagarán a más tardar el quinto día posterior a la notificación de la aceptación de la reclamación.

Acción Legal

No podrán iniciarse medidas de resarcimiento conforme a toda norma de derecho en virtud de esta Evidencia de Cobertura antes de que transcurran 60 días a partir de la presentación de la prueba de pérdida, de conformidad con los requisitos de esta Evidencia de Cobertura, y no podrán iniciarse bajo ningún concepto estas medidas pasado el plazo de tres años a partir del vencimiento del plazo en el que se exige tal notificación de reclamación conforme a esta Evidencia de Cobertura.

Aviso

Todas las notificaciones exigidas o cursadas en virtud de esta Evidencia de Cobertura podrán realizarse mediante entrega personal, transmisión por fax, servicio de entrega al día siguiente o el correo de los Estados Unidos de entrega rápida o con franqueo prepago, a la siguiente dirección:

FirstCare
SHA, L.L.C.
12940 N Highway 183
Austin, Texas 78750

Si va dirigido a un Miembro, al último domicilio especificado en los registros corporativos de FirstCare.

Interpretación de esta Evidencia de Cobertura

"Evidencia de Cobertura" significa cualquier certificado, acuerdo o contrato, incluidas las modificaciones y anexos, y que incluya un contrato mixto, que: (A) se emiten para Usted; y (B) establecen la cobertura a la que tiene derecho. Ley de Organización del Mantenimiento de la Salud de Texas, Art. 843.002 (9).

Las leyes del estado de Texas se aplicarán para la interpretación de esta Evidencia de Cobertura. Toda disposición incluida en esta Evidencia de Cobertura que no concuerde con la Ley de Organización del Mantenimiento de la Salud de Texas, u otras leyes de Texas aplicables, no se considerará nula, pero se interpretará y aplicará como si estuviera en plena conformidad con la Ley y toda la legislación aplicable de Texas.

Transferencia

Ni usted, ni sus Dependientes, si los tiene, podrán transferir esta Evidencia de Cobertura sin el consentimiento por escrito de FirstCare. Del mismo modo, la cobertura y los beneficios que proporciona esta Evidencia de Cobertura no son transferibles sin el consentimiento por escrito de FirstCare.

Género

Se considerará que el uso de cualquier género en esta Evidencia de Cobertura incluye y hace referencia al otro género, y del mismo modo, se considerará que el uso del singular incluye al plural y viceversa.

Modificaciones

Esta Evidencia de Cobertura podrá enmendarse, modificarse o revocarse según lo exija la ley o una normativa interna sin el consentimiento de ningún Miembro. En todos los casos, lo notificaremos por escrito con 60 días de anticipación a la fecha de entrada en vigencia de cualquier modificación sustancial, incluidos los cambios en la atención médica preventiva. Debe suministrarnos una notificación por escrito, con 30 días de anticipación, para cancelar este Contrato como resultado de un cambio sustancial en el Contrato.

Errores Administrativos

Los errores administrativos, ya sea que los haya cometido el Suscriptor o FirstCare, en el mantenimiento de los registros relativos a la cobertura de los Miembros en virtud de esta Evidencia de Cobertura, no anularán la cobertura vigente que de otro modo sería válida, ni continuará la cobertura que de otra manera debiera finalizar válidamente.

Encabezados y Leyendas

Los encabezados y leyendas utilizados en esta Evidencia de Cobertura se proporcionan únicamente con fines de referencia y comodidad y no podrán utilizarse para continuar o interpretar esta Evidencia de Cobertura.

Incontestabilidad

Todas las declaraciones hechas por el Suscriptor en la solicitud de inscripción se considerarán declaraciones y no garantías. Las declaraciones se consideran veraces y se realizan según el leal saber y entender del Suscriptor. Las declaraciones no se pueden utilizar en un litigio para anular, cancelar o dejar de renovar la cobertura de un afiliado o reducir los beneficios, salvo que se cumplan estas dos condiciones:

- Se trata de una solicitud de inscripción por escrito firmada por el suscriptor; y
- Se proporciona o se proporcionó una copia firmada de la solicitud de inscripción al Suscriptor o al representante personal del Suscriptor.

Solo podremos impugnar un contrato individual por fraude o tergiversación intencional de un hecho sustancial declarado en la solicitud de inscripción.

Devoluciones de Primas y Reducciones de Primas

1. Devolución

En el caso de que la ley federal o estatal exija a FirstCare la devolución de una parte de las primas anuales pagadas, FirstCare proporcionará directamente toda devolución adeudada a los Suscriptores o Ex Suscriptores por las cantidades exigidas por ley.

Si se adeuda alguna devolución a un Suscriptor o Ex Suscriptor, FirstCare proporcionará dicha revolución al Suscriptor o Ex Suscriptor antes del 1 de agosto siguiente al final del año de referencia de la tasa de pérdida médica ("MLR").

FirstCare proporcionará toda devolución adeudada a un suscriptor en forma de un crédito en la Prima, un cheque por la suma total o, si un suscriptor pagó la prima con tarjeta de crédito o débito directo, mediante el reembolso de la suma total en la cuenta utilizada para pagar la Prima. No obstante, FirstCare proporcionará cualquier devolución adeudada a un ex Suscriptor mediante un cheque por la suma total o un reembolso por la suma total utilizando el mismo método usado para el pago, tal como tarjeta de crédito o débito directo.

Si la devolución se hace en la forma de un crédito en la Prima, FirstCare hará cualquier devolución aplicando la suma total adeudada al pago de la Prima que venza a partir del 1 de agosto posterior a la finalización del año de referencia de la MLR. Si la devolución que se debe es mayor que la Prima adeudada, FirstCare aplicará el excedente a los subsiguientes pagos de la Prima hasta que se haya acreditado la devolución de la suma total.

En el momento en que se proporcione una devolución, FirstCare hará llegar a cada Suscriptor o ex Suscriptor de FirstCare que reciba una devolución una notificación que contenga al menos la siguiente información:

- Una descripción general del concepto de una MLR;
- El propósito de establecer un estándar de MLR;
- El estándar de MLR aplicable;
- MLR de FirstCare;
- Ingresos por primas agregada de FirstCare informados de conformidad con las normas federales de MLR (menos los impuestos federales y estatales y la concesión de licencias y cargos normativos que pueden ser excluidos de los ingresos por primas en virtud de dichos reglamentos); y
- El porcentaje de reembolso y la cantidad adeudada en base a la diferencia entre la MLR de FirstCare y la norma aplicable MLR.

2. Reducción

FirstCare puede oportunamente decidir realizar una reducción (total o parcial) de la Prima adeudada en el marco de esta Evidencia de cobertura, para período(s) determinado(s).

Cualquier reducción de la prima por parte de FirstCare representa una decisión de FirstCare de no cobrar la Prima para el(los) período(s) aplicable(s) y no tiene el efecto de una reducción en las tarifas en virtud del presente contrato. Una reducción para un período no constituirá un precedente o creará expectativa o derecho a cualquier reducción en cualquier período o períodos futuros.

FirstCare no declara ni garantiza que las devoluciones o reducciones adeudadas o proporcionadas estén exentas de la aplicación de leyes federales, estatales o de impuestos locales (incluso cualquier notificación, retención o requisitos de información relacionados). Será obligación de cada Suscriptor o ex Suscriptor (si corresponde) a quien se le adeude o haya proporcionado una devolución, determinar la aplicabilidad y cumplimiento de las leyes o reglamentos federales, estatales o locales.

Valor Actuarial

El uso del nombre de un metal, tal como Platino, Oro, Plata o Bronce, u otras declaraciones con respecto al valor actuarial de un plan de beneficios, no es un indicador de la cantidad real de los gastos que una persona en particular será responsable de pagar de su propio bolsillo. Los gastos de bolsillo de una persona variarán dependiendo de muchos factores, tales como los servicios particulares de atención médica, los proveedores de salud y el plan particular de beneficios elegido. Tenga en cuenta que los nombres de metales reflejan solo una aproximación del valor actuarial de un plan de beneficio determinado.

SECCIÓN 11: DEFINICIONES

Esta sección proporciona definiciones para algunos de los términos utilizados en este documento.

Agente de Revisión de la Utilización (URA por sus siglas en inglés): Una entidad designada por Nosotros para llevar a cabo la revisión de la utilización del tratamiento Médicamente Necesario, experimental o de investigación. El Agente de Revisión de la Utilización también determina las circunstancias de Totalmente Incapacitado e Incapacidad Total.

Agentes Asociados a la Quimioterapia: Cualquier medicamento que se utiliza como terapia de apoyo para la quimioterapia para el cáncer que se administra al mismo momento que la quimioterapia. Los medicamentos utilizados como terapia de apoyo y no gestionada en el momento de la infusión de quimioterapia serán cubiertos solamente como se describe en la Sección 3, *Lo Que Está Cubierto, Servicios de Medicamentos Recetados*, de este Contrato.

Anual Máximo: El importe máximo anual de Beneficios de Salud No Esenciales que pagaremos a cualquier Miembro en virtud de todas las pólizas emitidas por nosotros que proporcionen Servicios de Salud Cubiertos para el lapso del Año del Plan de cualquier Asegurado. Cuando se alcance este máximo, finalizará la cobertura de este beneficio de Salud No Esencial para el Miembro.

Año Calendario: El año natural que comienza el 1 de enero y continúa hasta el 31 de diciembre.

Año del Contrato: El período de 12 meses que comienza en la fecha de vigencia del Plan y cada período subsiguiente de 12 meses posterior en que el Plan tiene validez.

Año del Plan: El período anual que comienza en el aniversario de la Fecha de Vigencia del Plan. Consulte el Cuadro de Copagos para conocer los detalles respecto de si su Plan se proporciona en un régimen de Año Calendario o Año Contractual.

Área de Servicio: El área geográfica en la que FirstCare tiene autorización para prestar servicios. El mapa del Área de Servicio de FirstCare se proporciona en este folleto.

Beneficios de Salud No Esenciales: Estos son los beneficios que se componen de prestaciones y servicios distintos de los definidos en el Artículo 1302 (b) de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (PPACA).

Beneficios Médicos Esenciales: Es el término utilizado para describir los beneficios médicos que se componen de categorías generales y artículos o servicios cubiertos en esas categorías, como se define en el Artículo 1302 (b) de la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (PPACA por sus siglas en inglés).

Capacitación sobre el Autocontrol de la Diabetes: Incluye (i) capacitación impartida después del diagnóstico inicial de la diabetes, incluido el asesoramiento nutricional y el uso adecuado de los Equipos y Suministros para la Diabetes; (ii) capacitación adicional autorizada ante el diagnóstico de un cambio significativo en sus síntomas o la enfermedad que exige cambios en su régimen de autocontrol; y (iii) capacitación periódica o puntual continua según lo permita el desarrollo de nuevas técnicas y tratamientos para la diabetes.

Centro de Atención Médica de Emergencia Independiente: Se refiere a un centro, bajo licencia del Código de Seguridad y Salud, Capítulo 254 (con respecto a Centros de Atención Médica de Emergencia Independiente), estructuralmente separado e independiente de un hospital que recibe a una persona y proporciona atención de emergencia, como se define en el Capítulo 254 del Código del Seguro, §843.002.

Centro de Enfermería Especializada o Centro de Atención Prolongada: Una institución que:

- Está acreditada según un programa de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud como un Centro de Enfermería Especializada o que Medicare reconoce como Centro de Atención Prolongada;

- Suministra alojamiento, comida y atención de enfermería especializada las 24 horas del día, o bajo la supervisión de un enfermero matriculado (RN por sus siglas en inglés); y
- No es una clínica, centro de reposo, asilo de ancianos, centro para drogadictos o alcohólicos, ni un centro de Cuidado Asistencial.

Centro de Tratamiento Psiquiátrico de Día: Un centro que ofrece tratamiento durante ocho horas como máximo en un período de 24 horas, tras el cual se permite que el Miembro se retire. La Comisión Conjunta de Acreditación de Instituciones de Salud deberá acreditar este tipo de centro.

Centro de Tratamiento Residencial para Niños y Adolescentes: Una institución de cuidado de niños que proporciona atención y tratamiento residencial para niños y adolescentes con trastornos emocionales y que está acreditada como centro de tratamiento residencial por el Consejo de Acreditación, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud o la Asociación Estadounidense de Servicios de Psiquiatría para Niños.

Centro se refiere a un centro de tratamiento médico o residencial autorizado por el estado en el cual se proporcionan tratamientos médicos para pacientes hospitalizados, residenciales o de día, hospitalización parcial o atención para pacientes ambulatorios. Centro también se refiere a un centro de tratamiento para el diagnóstico y/o tratamiento de la Dependencia de Sustancias Químicas o las Enfermedades Mentales.

Cláusula Adicional: Un complemento de su Plan que describe los beneficios o cambios adicionales en sus beneficios o los términos de su cobertura en virtud del Plan. Podremos proporcionarle cláusulas adicionales al momento de inscribirse en el Plan o en otras ocasiones posteriores.

Cobertura Esencial Mínima significa una cobertura de seguro de salud que se reconoce como una cobertura que cumple sustancialmente con todos los requisitos en virtud de la ley federal relativa a la cobertura de seguro de salud individual, colectiva o gubernamental adecuada. Para obtener información adicional sobre si se reconoce a una cobertura determinada como "Cobertura Esencial Mínima", llame al número de teléfono del servicio de atención al cliente que aparece al dorso de Su tarjeta de identificación o visite www.cms.gov.

Complicaciones del Embarazo: Afecciones médicas que requieren atención hospitalaria antes del término del embarazo o que ponen en peligro el embarazo o que se agravan por el embarazo. Las Complicaciones del Embarazo son afecciones que requieren diagnósticos que son independientes del embarazo, pero que se ven afectados de manera negativa por el embarazo, e incluyen, entre otros:

- Nefritis aguda;
- Nefrosis;
- Descompensación cardíaca;
- Aborto retenido;
- Interrupción del embarazo por cesárea no electiva;
- Interrupción del embarazo ectópico;
- Interrupción espontánea del embarazo, cuando un nacimiento viable no es posible; y
- Afecciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable.

Las siguientes afecciones no se consideran complicaciones del embarazo:

- Falso trabajo de parto;
- Pérdidas ocasionales;
- Reposo indicado por el Proveedor de Atención Médica durante el embarazo; y
- Náuseas del embarazo.

Las complicaciones del embarazo son tratadas como cualquier otra enfermedad.

Copago: El importe que Usted debe pagar a un Proveedor Participante u otro proveedor autorizado en relación con la prestación de Servicios de Salud Cubiertos. Los importes de los Copagos se indican en el Cuadro de Copagos.

Créditos Fiscales para Primas: Aplicables a los planes comprados a través del Mercado: Crédito fiscal para primas reembolsable que una persona elegible puede recibir durante períodos tributarios terminados después del 31 de diciembre de 2013, en la medida prevista por la ley aplicable, en el que el crédito está destinado a compensar la totalidad o una parte de la prima pagada por el individuo para la cobertura obtenida a través del Mercado durante el año calendario anterior.

Crioterapia: También conocida como terapia de frío, es el tratamiento del dolor o la inflamación mediante la reducción de la temperatura de la piel en la zona afectada.

Cuidado Asistencial: La razón principal para la atención no se debe a su valor terapéutico en el tratamiento de una enfermedad o lesión sino que se proporciona para el mantenimiento del Miembro y está básicamente diseñado para ayudar en las actividades cotidianas. Nosotros y/o una junta de revisión médica independiente decidiremos si un servicio o tratamiento es Cuidado Asistencial.

Daño Cerebral Adquirido: Una lesión neurológica en el cerebro, que no es hereditaria, congénita ni degenerativa. La lesión en el cerebro se ha producido después del nacimiento y es consecuencia de un cambio en la actividad neuronal, lo cual ocasiona un deterioro del funcionamiento físico, el procesamiento sensorial, la cognición o el comportamiento psicosocial.

Deducible: El importe de los Servicios de Salud Cubiertos que usted es responsable de pagar cada Año del Plan antes de que el Plan comience a pagar beneficios. El Deducible es la cantidad de Gastos Cubiertos que usted debe pagar por cada Miembro antes de que los beneficios estén disponibles independientemente del tipo de proveedor. Si tiene varios Miembros, todos los cargos utilizados para aplicar al Deducible Implícito "por Miembro" se aplicarán al Deducible "por Familia". Cuando se alcanza ese importe de Deducible por Familia, no será necesario abonar más Deducible individual por el resto de ese año calendario. Ningún Miembro aportará más del importe de Deducible individual respecto del importe de Deducible "por Familia". Los Copagos no sujetos al Deducible no se aplican al Deducible del Año Calendario. Consulte su Cuadro de Copagos para la cantidad de Deducible especificado.

Determinación Adversa sobre Beneficios: Denegaciones que involucren el criterio médico (incluidas, entre otras, aquellas basadas en los requisitos del Plan de Necesidad Médica, la pertinencia, el entorno de atención médica, el nivel de cuidado o efectividad de un beneficio cubierto o su determinación de que un tratamiento es experimental o de investigación) y rescisiones de cobertura (ya sea que la rescisión tenga o no algún efecto en algún beneficio particular en ese momento).

Director Médico: Un Médico designado por FirstCare para controlar el suministro adecuado de los Servicios Médicos Cubiertos Médicamente Necesarios a los Miembros de acuerdo con las Evidencias de Cobertura aplicables.

Ecografía Mamaria: Procedimiento que puede usarse para determinar si un bulto es un quiste o una masa sólida.

El Trastorno del Espectro Autista se refiere a un trastorno neurobiológico que incluye el autismo, el síndrome de Asperger o un Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

Enfermedad Hereditaria significa una enfermedad hereditaria que puede causar un retraso mental o físico o la muerte.

Equipo para la Diabetes significa controles de glucosa en sangre, incluidos aquellos diseñados para usarse por personas ciegas, bombas de insulina y adjuntos asociados, dispositivos de infusión de insulina y aparatos podológicos para la prevención de complicaciones diabéticas. A medida que se disponga de equipos nuevos o mejorados para la diabetes y reciban la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos, esos equipos tendrán cobertura si un Médico tratante u otro profesional determina que son médicamente necesarios y adecuados mediante una indicación por escrito.

Estabilización: Momento en el cual no es probable que se deteriore la afección, dentro de lo razonable, durante su traslado.

Evidencia de Cobertura: Es el término utilizado para describir este documento junto con todos los adjuntos y Su Formulario de Inscripción, que constituyen Su contrato con FirstCare.

Experimental o de Investigación se refiere a cualquier medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento que no se utilizaría en el caso de la ausencia de medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación. Consideramos que un medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento es experimental o de investigación en cualquiera de estos casos:

- No puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. y no se ha otorgado la autorización para su comercialización en el momento en que se proporciona; o
- Fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional del Centro tratante o por un comité similar, o en caso de que la ley federal exija que sea revisado y autorizado por tal comité. Esta exclusión también se aplica si el formulario de consentimiento informado que se utiliza con el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento fue revisado y aprobado por tal comité (o requerido por la ley federal); o
- Pruebas confiables demuestran que el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento es objeto de ensayos clínicos en curso de Fase I o Fase II; es la parte de investigación o estudio experimental de ensayos clínicos en curso de Fase III; o se está estudiando para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia o efectividad en comparación con un método estándar de tratamiento o diagnóstico;
- La seguridad y/o la eficacia no se han podido establecer mediante evidencia médica confiable y aceptada; o
- Pruebas confiables demuestran que la opinión dominante entre los expertos es que se necesitan más estudios o ensayos clínicos del medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia o efectividad en comparación con un método estándar de tratamiento o diagnóstico.

  El término "***evidencia confiable***" solo incluye informes y artículos publicados en literatura médica y científica autorizada y protocolos y formularios de consentimiento informado por escrito utilizados por el Centro tratante o por otra institución que estudie fundamentalmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento.

Familia: Usted y las Personas a Su Cargo que están cubiertos en virtud de esta Evidencia de Cobertura.

Un **formulario** es un listado de Medicamentos Cubiertos seleccionados por FirstCare Health Plans en consulta con un equipo de profesionales de la atención médica, que representa las terapias de prescripción que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad basado en el valor.

Farmacia Participante se refiere a una farmacia que cuenta con la autorización de FirstCare para proporcionar Medicamentos con Receta a los Miembros.

Fármacos del Programa DESI (Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos): Cualquier medicamento contemplado en el programa de Implementación de Estudios de Eficacia de los Medicamentos (DESI) de la FDA que no cuente con pruebas para respaldar la eficacia del medicamento.

Fecha de Vencimiento de la Prima: El primer día del mes o trimestre respecto por el cual se adeuda el pago.

Fenilcetonuria significa una enfermedad hereditaria que puede causar graves deficiencias en el desarrollo, convulsiones o tumores, si no se la trata.

FirstCare: La marca de servicio registrada y el nombre comercial del plan de salud.

Hospital: Una institución para la atención de enfermedades agudas autorizada por el estado de Texas como un Hospital, que se dedica principalmente, dentro de un régimen para pacientes hospitalizados, a brindar atención médica y tratamiento de enfermos y heridos mediante centros médicos, de diagnóstico y de cirugía mayor, bajo la supervisión de personal médico y con un servicio médico y de enfermería las 24 horas del día; no obstante, esto no incluye a los hogares de ancianos ni a ninguna otra institución o parte de una institución que se utilice principalmente como un centro de cuidado asistencial.

Importe de Reembolso para Proveedores No Participantes (NPPR): El importe que reintegraremos por completo a la tarifa habitual o a una tarifa convenida. La tarifa habitual y acostumbrada significa el monto basado en un porcentaje de las tarifas publicadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o un parámetro desarrollado por los CMS para los mismos servicios o similares dentro de un área geográfica y que se negoció con uno más Proveedores Participantes en un área geográfica para los mismos servicios o similares. El monto pagadero puede aumentar un cierto porcentaje para ciertos servicios y centros según lo acordado con el Plan.

Inhalantes Tóxicos: Un producto químico volátil según el Capítulo 484 del Código de Salud y Seguridad de Texas, o el uso indebido de pegamento o pinturas en aerosol conforme al Artículo 485.001 del Código de Salud y Seguridad de Texas.

Inscripción Abierta: El período anual en el que puede hacer cambios en los beneficios de su Plan. Si ha adquirido este Plan a través del Mercado o directamente de FirstCare, el "Período de Inscripción Abierta" es el período de cada año durante el cual puede inscribirse o cambiar su cobertura a un Plan de Salud Calificado (QHP) disponible a través del Mercado.

Intervención por Crisis: Un proceso a corto plazo que proporciona supervisión intensiva y actividades altamente estructuradas al Miembro que está mostrando una crisis psiquiátrica aguda de proporciones graves, la cual deteriora sustancialmente los pensamientos, la percepción de la realidad y el juicio del Miembro o que dificulta enormemente el comportamiento.

Inyectables Farmacéuticos: Cualquier medicamento que se inyecta por vía subcutánea o que está específicamente diseñado y generalmente aceptado para que la persona se auto inyecte y no requiere supervisión profesional médica directa. El Comité de Farmacia y Terapia de FirstCare definirá estos medicamentos.

Inyectables Híbridos: Cualquier sustancia inyectable definida como un Inyectable de Farmacia que debe administrarse al momento de la diálisis o la infusión de quimioterapia contra el cáncer. Si estos medicamentos no son administrados en el punto de servicio y son Inyectables de Farmacia, están cubiertos como se describe en la Sección 3, *Qué Está Cubierto, Servicios de Medicamentos Recetados*, de este Contrato. El Comité de Farmacia y Terapia definirá estos medicamentos.

Inyectables Médicos: Cualquier medicamento que se administra por vía intravenosa (IV) o que se inyecta por vía intramuscular (IM), que requiere supervisión médica o que tiene que administrarse en el lugar donde se brinda la atención (es decir, los Centros de Diálisis). El Comité de Farmacia y Terapia de FirstCare definirá estos medicamentos.

Límite de gastos por cuenta propia: El importe total en dólares que un Miembro debe pagar cada Año Calendario antes de que nosotros paguemos los beneficios al 100 %. El Límite de Gastos de Bolsillo incluye los deducibles y los copagos. No incluye las primas, los servicios no cubiertos ni los importes de saldos facturados al Miembro.

Mamografía de diagnóstico significa una exploración por imágenes diseñada para evaluar una anormalidad objetiva o subjetiva detectada por un médico en una mama, una anormalidad observada por un médico en una mamografía de detección, una anormalidad identificada anteriormente por un médico como probablemente benigna en una mama para la que un médico recomienda imágenes de seguimiento o para una persona con antecedentes personales de cáncer de mama.

Mamografía de Dosis Baja: Examen mediante radiografías del seno en el cual se utiliza un equipo dedicado específicamente a la mamografía, que incluye un tubo de rayos X, un filtro, un dispositivo de compresión y pantallas, con un promedio de exposición a la radiación de menos de un rad a la mitad de los senos y dos puntos de observación para cada uno de los senos.

Mamografía Digital: Una mamografía que crea imágenes del seno que se almacenan como imágenes digitales.

Mamografía y Tomosíntesis: El examen mediante radiografías del seno es un procedimiento por el cual se obtiene una proyección de imágenes del seno para producir imágenes digitales tridimensionales en forma transversal utilizadas para el diagnóstico del cáncer de mama.

Mamografía: El examen mediante radiografías del seno que usa un equipo dedicado específicamente para las mamografías.

Máximo Vitalicio: El importe máximo vitalicio de Beneficios de Salud No Esenciales que pagaremos a cualquier Miembro en virtud de todas las pólizas emitidas por Nosotros que proporcionen Servicios de Salud Cubiertos durante la vida de cualquier Miembro. Cuando se alcance este máximo, finalizará la cobertura de los Beneficios de Salud No Esenciales para el Miembro.

Médicamente Necesario o Necesidad Médica: El servicio cumple con todas las siguientes condiciones:

- El servicio o artículo es razonable y necesario para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión o para una condición médica, como el embarazo. *
- Es congruente con las normas profesionales ampliamente aceptadas de la práctica médica en los Estados Unidos;
- Lo receta un Médico;
- El servicio se proporciona de la forma más rentable y en una duración e intensidad adecuada, brindándole al mismo tiempo un nivel de atención clínicamente apropiado;
- No tiene como fin principal la comodidad del paciente, la familia, el médico u otro profesional de la salud;
- No es una parte de la capacitación académica, educativa o profesional del paciente ni se relaciona con ella;
- No es de carácter experimental o de investigación; o
- Cuenta con aprobación previa, cuando lo requiera FirstCare.

No todos los servicios que se ajustan a esta definición están cubiertos por Su Plan. Para que tenga cobertura, un servicio Médicamente Necesario también debe describirse en la Sección 3, *Lo que Está Cubierto*. *El hecho de que un Médico o profesional de la salud haya prestado, recetado o recomendado un servicio, no significa que sea Médicamente Necesario o que esté cubierto por Su Plan.* (*Consulte también la* Sección 5, *Lo que No Está Cubierto).*

*El Agente de Revisión de la Utilización decidirá si un servicio o suministro es Médicamente Necesario, teniendo en cuenta las opiniones de la comunidad médica, las pautas y prácticas de Medicare y Medicaid, y la literatura revisada por expertos.

Medicamento con Receta Genérico se refiere a un medicamento con receta que es equivalente a nivel farmacéutico y terapéutico a un Medicamento de Marca según la clasificación de *First Data Bank* u otro servicio de clasificación de medicamentos reconocido a nivel nacional.

Medicamento con Receta significa cualquier Medicamento de Venta con Receta autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que no sea experimental ni de investigación, y que exija una receta de un Médico debidamente autorizado.

Medicamento de farmacia especializada significa cualquier medicamento con receta, independientemente de la forma farmacéutica, identificado como un medicamento de farmacia especializada en el formulario de medicamentos o un medicamento que requiere al menos algo de lo siguiente para brindarle resultados óptimos al paciente:

- distribución, manipulación o adquisición especializadas o administración de forma especializada;
- revisión compleja de beneficios para determinar la cobertura;
- administración compleja de medicamentos que requiera control de cerca de un médico o una persona con capacitación clínica;
- pautas médicas, requeridas por la FDA o basadas en evidencia, que se consideran información integral para el paciente o el médico;
- una forma farmacéutica con un costo total superior a los $1,000 de acuerdo con el suministro minorista para el máximo de días.

Medicamento de Marca se refiere a un fármaco que no tiene un Equivalente Genérico o un medicamento que es la innovación o la formulación original para la cual existen formas Genéricas Equivalentes.

Medicamento de Venta con Receta significa un medicamento que la ley federal prohíbe vender sin una receta por escrito.

Medicamentos Autoinyectables: Medicamentos reconocidos por la FDA como apropiados para la autoadministración (denominados “medicamentos autoinyectables”).

Medicamentos Compuestos: Dos o más medicamentos o sustancias químicas que se combinan para formar un producto medicinal.

Medicamentos Cubiertos se refiere a aquellos medicamentos recetados por un Médico que, en virtud de la ley federal o estatal, podrán expedirse únicamente con una Receta Médica cuando es Médicamente Necesario y los principios activos son medicamentos de venta con receta o insulina aprobados por la FDA. La cantidad máxima expedida no podrá superar la cantidad necesaria para 30 días consecutivos. Algunos medicamentos para enfermedades crónicas se pueden reponer para cubrir un suministro de 90 días, como máximo.

Medicamentos de Mantenimiento significa un medicamento recetado para una afección crónica a largo plazo y que se toma de manera regular.

Medicare: Título XVIII (Seguro Médico para Personas Mayores y Discapacitados) de la Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos, con los agregados de las Modificaciones de Seguridad Social de 1965 y las modificaciones actuales o posteriores.

Médico de Atención Primaria (PCP): El Médico que se encarga de coordinar los servicios de atención médica que recibe según su Plan, incluso la derivación a especialistas y otros servicios. En el momento de la inscripción, si su plan lo requiere, debe seleccionar un PCP, o se le asignará uno. Podrá cambiar de PCP llamando a nuestro Departamento de Servicio al Cliente y se limitará a cuatro cambios en un período de 12 meses. Por lo general los PCP son médicos clínicos, médicos de familia, especialistas en medicina interna o pediatras. En ocasiones, los médicos que ejercen en un consultorio particular de un grupo médico participante, en lugar de un Médico individual, podrán atenderlo como su PCP. Sin embargo, si sufre una enfermedad crónica que es incapacitante o potencialmente mortal, podrá solicitar al Director Médico del Plan que se designe a un Médico especialista participante como su PCP. Su solicitud al Director Médico debe incluir lo siguiente:

- Una certificación escrita de necesidad médica firmada por usted y el especialista participante que sería su PCP;
- Cualquier información adicional especificada por el Director Médico; y
- Una declaración escrita del especialista participante que indique que está dispuesto a aceptar la responsabilidad de la coordinación de todas sus necesidades de atención médica.

Si se deniega su solicitud, podrá apelarla mediante nuestro proceso de apelación para Miembros. Si se aprueba su solicitud, la fecha de entrada en vigencia en la que el especialista participante pasa a ser Su PCP es el primer día del mes siguiente a la aprobación. Según las leyes estatales, tales designaciones no pueden tener efecto retroactivo.

Si su hijo está afiliado a un plan que prevé la designación de un proveedor de atención primaria participante para el niño, el Plan permitirá la designación de un médico disponible (alopático u osteopático) que se especialice en pediatría como proveedor de atención primaria del niño.

Para obtener los nombres de los PCP, visite www.FirstCare.com y el portal web seguro para miembros myFirstCare Self Service.

Médico especialista: Un Médico que ejerce la medicina especializada (es decir, oncología, ortopedia, cardiología, neurología, nefrología, etc.) y que puede brindarle estos servicios especializados más avanzados que los que brinda un Médico de Atención Primaria. Consulte su Cuadro de Beneficios para obtener más detalles.

Médico: Cualquier persona que esté debidamente autorizada y calificada para ejercer dentro del alcance de una licencia de práctica médica, emitida en virtud de las leyes del estado de Texas o en el estado en que se reciba el tratamiento.

Mercado (También conocido como mercado de seguros de salud): una entidad, agencia gubernamental o sin fines de lucro que cumple con las normas aplicables del Mercado y otros estándares relacionados dispuestos por la ley aplicable, y pone un plan calificado de Salud (QHP) a disposición de las personas calificadas y empleadores calificados (según estos términos se definen por la ley aplicable). A menos que se identifique de otro modo, el término Mercado se refiere al Mercado facilitado a nivel federal en cuyo marco FirstCare ofrece este QHP.

Mes del Contrato: El periodo de cada mes subsiguiente a partir de la fecha de entrada en vigencia del Plan.

Miembro: Una persona que se ha inscrito en FirstCare como Suscriptor o Persona a Cargo y es elegible para recibir los Servicios Médicos Cubiertos.

Nosotros, Nos o Nuestro: FirstCare.

Organización de Revisión Independiente (ORI): Una organización seleccionada según se estipula en el Código de Seguros de Texas.

Órtesis: Dispositivos médicos estándar o fabricados o adaptados a medida que se aplican a una parte del cuerpo humano para corregir una deformidad, mejorar la función o aliviar los síntomas de una enfermedad.

Período de Gracia: Un período de 31 días después de la Fecha de Vencimiento de la Prima, durante el cual se podrán pagar las Primas a FirstCare sin que venza su cobertura y la de las Personas a Su Cargo, si las tiene, en virtud de la Evidencia de Cobertura. Si el pago no se recibe dentro de los 31 días, la cobertura se cancelará y Usted será responsable por todos los costos de los servicios recibidos durante el Período de Gracia. Si recibe el pago anticipado de un crédito fiscal para las primas y sus primas están en mora, siempre que se haya pagado al menos la prima completa de un mes durante el año de beneficios, deberemos proporcionar un período de gracia de tres meses antes de finalizar la cobertura. Si las primas no se pagan en su totalidad para el final del período de gracia, nosotros podremos finalizar la cobertura a partir del primer día del segundo mes del período de gracia.

Persona a Cargo: Un Miembro de la familia del Suscriptor que cumple con los requisitos de elegibilidad especificados en la Sección 2, *Elegibilidad e Inscripción,* y que se ha inscrito como Miembro de FirstCare.

Plan de Revisión de la Utilización: Criterios de selección y procedimientos de Revisión de la Utilización de un Agente de Revisión de la Utilización. El programa ofrece:

- Revisión Previa al Tratamiento;
- Revisión Simultánea; y
- Planificación del Alta

Plan de Salud Calificado (QHP): Un plan de beneficios de salud que tiene vigente una certificación que cumple con las normas gubernamentales aplicables, emitidas o reconocidas por cada Mercado a través del cual se ofrece dicho plan. Este Plan ha sido certificado por el Mercado.

Plan, su Plan, el Plan: La cobertura de los servicios de atención médica disponibles para Usted según los términos de esta Evidencia de Cobertura.

Potencialmente Mortal: Una enfermedad o afección que tiene probabilidades de causar la muerte, salvo que se interrumpa el curso de la enfermedad o la afección.

Prótesis: Dispositivos destinados a sustituir, en todo o en parte, una extremidad o parte del cuerpo perdida, tal como un brazo o una pierna.

Proveedor Auxiliar: Un proveedor con quien un PCP podría tener que consultar o coordinar respecto a determinados Servicios de Salud Cubiertos en nombre de un Miembro.

Proveedor No Participante: Médico, grupo médico, Hospital u otro proveedor de atención médica que no tiene un contrato con FirstCare para proporcionar Servicios de Salud Cubiertos a los Miembros de su Plan, también conocido como proveedor fuera de la red. Recomendamos encarecidamente que utilice Proveedores Participantes de FirstCare para garantizar la mayor calidad y el menor costo. El uso de Proveedores No Participantes puede acarrear costos adicionales para Usted que no están cubiertos por su plan médico. Las solicitudes de servicios, equipos o insumos provistos por Proveedores No Participantes pueden negarse si existen Proveedores Participantes en la red de FirstCare que pueden prestar dichos servicios, equipos o insumos.

Proveedor Participante: Un Médico, grupo médico, Hospital u otro proveedor de atención médica que tiene un contrato con FirstCare para proporcionar Servicios de Salud Cubiertos a los Miembros de su Plan. Para obtener más información sobre la red de Proveedores Participantes disponibles para Usted, consulte el directorio de proveedores que le proporcionamos, pregunte a su PCP o llámenos. Recuerde que la lista de Proveedores Participantes en el directorio está sujeta a cambios. Visite www.FirstCare.com y el portal web seguro para miembros myFirstCare Self Service para obtener la información más actualizada.

Pruebas Neuroconductuales: Una evaluación de los antecedentes de dificultad neurológica y psiquiátrica, los síntomas actuales, el estado mental actual y antecedentes premórbidos, incluyendo la identificación del comportamiento problemático y la relación entre el comportamiento y las variables que controlan el comportamiento. Esto podría incluir entrevistas con el individuo, sus familiares u otras personas.

Pruebas Neurofisiológicas: Una evaluación de las funciones del sistema nervioso.

Pruebas Neuropsicológicas: La administración de una batería de pruebas integrales para evaluar fortalezas y debilidades neurocognitivas, conductuales y emocionales, y su relación con el funcionamiento normal y anormal del sistema nervioso central.

Pruebas Psicofisiológicas: Una evaluación de las interrelaciones entre el sistema nervioso y otros órganos y comportamientos del cuerpo.

Quimioterapia: Cualquier medicamento utilizado para tratar el cáncer de manera directa. Los medicamentos utilizados como terapia de apoyo (por ejemplo, contra las náuseas, etc.) no están incluidos en esta definición. El Comité de Farmacia y Terapia de FirstCare mantendrá una lista de estos medicamentos.

Receta Médica significa una autorización para un Medicamento con Receta emitida por un médico con la licencia adecuada para emitirá la autorización en el curso normal de su ejercicio profesional.

Reclamo: Consulte la Sección 9, *Procedimientos de Reclamos y Apelaciones de los Miembros,* para ver una definición y descripción completa.

Recuperación: El proceso para restablecer o mejorar una función específica.

Reducción de Costos Compartidos (RSE): Subsidios que reducen la responsabilidad de Gastos de Bolsillo de los Miembros que cumplan con ciertos criterios financieros y seleccionan los planes de salud "plata" en el Mercado.

Rehabilitación Neurocognitiva: Servicios diseñados para ayudar a las personas con deterioro cognitivo a compensar los déficits en el funcionamiento cognitivo mediante la reconstrucción de las habilidades cognitivas o el desarrollo de estrategias y técnicas compensatorias.

Revisión de la Utilización: Sistema para la revisión futura y/o simultánea de la Necesidad Médica y la adecuación o la determinación de que un tratamiento es experimental o de investigación con respecto a los Servicios de Salud Cubiertos que el proveedor proporciona actualmente o que se propone proporcionar. La Revisión de la Utilización no incluye solicitudes optativas que Usted haya realizado para obtener aclaraciones sobre la cobertura.

Servicios de Emergencia: De acuerdo con lo establecido por el Código de Seguros §1271.155 (concerniente a la Atención de Emergencia), los servicios de emergencia incluyen el transporte de emergencia en un vehículo de servicios médicos de emergencia certificado bajo el Código de Salud y Seguridad, Capítulo 773 (concerniente a Servicios Médicos de Emergencia), que se considera atención de emergencia si se proporciona como parte de la evaluación y estabilización de las afecciones médicas de reciente aparición y de gravedad, que incluyen un dolor severo que llevaría a una persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y de salud a considerar que la afección, enfermedad o lesión del individuo es de tal naturaleza que la falta de atención médica inmediata a través de un transporte de emergencia podría poner en grave peligro la salud del individuo, ocasionar un deterioro grave de las funciones orgánicas, provocar una disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo, causar una desfiguración grave o, en el caso de una mujer embarazada, peligro grave para la salud del feto. Los servicios de emergencia están cubiertos hasta el punto de estabilización cuando son médicamente necesarios y se necesitan inmediatamente para tratar una afección que cumpla con la definición de una condición de emergencia, como se describió anteriormente, o cuando un proveedor le indique al paciente que vaya a un centro de atención de emergencia. Los servicios de emergencia dejarán pagarse como servicios de emergencia en el momento de la estabilización del paciente (según se define en esta sección).

Servicios de Reinserción en la Comunidad: Servicios que facilitan la continuidad de la atención a medida que las personas afectadas hacen su transición en la comunidad.

Servicios de Salud Cubiertos: Aquellos servicios y artículos médicos y de salud especificados y definidos en el Cuadro de Copagos como servicios cubiertos, pero solo cuando son Médicamente Necesarios y cuando se realizan, recetan, indican o autorizan de conformidad con las políticas y procedimientos de FirstCare y esta Evidencia de Cobertura.

Servicios de Transición a Cuidados Intermedios: Servicios que facilitan la continuidad de la atención más allá de la lesión neurológica inicial mediante la rehabilitación y la reintegración en la comunidad.

Servicios de Tratamiento de Cuidados Intermedios: Servicios prestados después de la hospitalización y/o el tratamiento para el cuidado de enfermos agudos que se basan en una evaluación de los déficits funcionales, físicos, conductuales o cognitivos de la persona, que incluyen un objetivo de tratamiento que apunta a lograr cambios funcionales al reforzar, fortalecer o restablecer los patrones de comportamiento previamente aprendidos o establecer nuevos patrones de actividad cognitivo o mecanismos compensatorios.

Suministros para la Diabetes significa tiras reactivas para controles de glucosa en sangre, tiras de lectura visual y de análisis de orina, lancetas y dispositivos para lancetas, insulina y análogos de la insulina, dispositivos para inyecciones, jeringas para administrar insulina, agentes orales disponibles con o sin receta para controlar los niveles de azúcar en sangre, incluidos los kits de emergencia de glucagón. A medida que se disponga de suministros para la diabetes nuevos o mejorados, incluida la insulina mejorada u otro medicamento con receta, y reciban la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos, esos suministros tendrán cobertura si un Médico tratante u otro profesional determina que son médicamente necesarios y adecuados mediante una indicación por escrito.

Suscriptor: Una persona que cumple con todos los requisitos de elegibilidad aplicables de la Sección 2*, Elegibilidad e Inscripción,* y cuyo formulario de inscripción y pago de la prima correspondiente se ha recibido de conformidad con los requisitos de inscripción de esta Evidencia de Cobertura.

Telemedicina: Un servicio de atención médica proporcionado por un médico certificado para practicar en Texas, o un profesional de la salud que se desempeña bajo la delegación y supervisión de un médico certificado en Texas y actúa dentro de los límites de la licencia de un médico o profesional de la salud, con un paciente que se encuentra en un lugar físico diferente que el del médico o profesional de la salud y utiliza telecomunicaciones o tecnologías de la información.

Telesalud: Un servicio de atención médica, que no es un servicio de Telemedicina, proporcionado por un profesional de la salud con licencia, certificado o autorizado para practicar en Texas y que se desempeña dentro de los límites de la licencia, certificación o autorización con un paciente que se encuentra en un lugar físico diferente que el del profesional de la salud y utiliza telecomunicaciones o tecnologías de la información.

Terapia de Comunicación Cognitiva: Servicios diseñados para abordar las modalidades de comprensión y expresión, incluida la comprensión, lectura, escritura y expresión verbal de la información.

Terapia de Rehabilitación Cognitiva: Servicios diseñados para abordar las actividades cognitivas terapéuticas en función de una evaluación y la comprensión de los déficits cerebrales y conductuales de la persona.

Terapia de Retroalimentación Neurológica: Los servicios que utilizan procedimiento de aprendizaje de condicionamiento operante basado en parámetros de electroencefalograma (EEG) y que están diseñados para dar lugar a un mejor rendimiento y comportamiento mental y estabilizar el estado de ánimo.

Terapia Neurocognitiva: Servicios diseñados para abordar los déficits neurológicos en el procesamiento de información y para facilitar el desarrollo de habilidades cognitivas de nivel más alto.

Trasplante de Órganos: La extracción de un órgano sólido y/o no sólido, glándula o tejido de una persona y la reintroducción de dicho órgano, glándula o tejido en otra persona.

Trastorno Neurobiológico: Una enfermedad del sistema nervioso causada por factores genéticos, metabólicos u otros factores biológicos.

Tratamiento Neuroconductual: Intervenciones que se centran en el comportamiento y las variables que controlan el comportamiento.

Tratamiento Neurofisiológico: Intervenciones que se centran en las funciones del sistema nervioso**.**

Tratamiento Neuropsicológico: Intervenciones diseñadas para mejorar o minimizar los déficits en los procesos cognitivos y conductuales.

Tratamiento Psicofisiológico: Intervenciones diseñadas para aliviar o reducir las respuestas fisiológicas anormales del sistema nervioso debido a factores emocionales o conductuales.

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales o UCIN también se denomina unidad de cuidados neonatales especiales o intensivos. El ingreso en la UCIN se produce, por lo general, cuando el recién nacido nace de forma prematura, si hay dificultades durante el parto o si el recién nacido muestra signos de un problema médico después del parto.

Unidad de Estabilización de Crisis: Un programa residencial de 24 horas que suele ser de corto plazo y ofrece una supervisión intensiva y actividades altamente estructuradas a personas que muestran una crisis psiquiátrica aguda de proporciones moderadas a graves.

Usted o Su: Un Miembro cubierto.

SECCIÓN 12 – DIVULGACIONES REQUERIDAS

AVISO SOBRE EL NÚMERO GRATUITO ESPECIAL PARA RECLAMOS

PARA REALIZAR UN RECLAMO ACERCA DE UN HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA PRIVADO, UN CENTRO DE TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA QUÍMICA O DE LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA O DE TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA QUÍMICA OFRECIDOS EN UN HOSPITAL GENERAL, COMUNÍQUESE AL:

1-800-832-9623

Su Reclamo será derivado a la agencia del estado que controla el hospital o el centro de tratamiento de la dependencia química.

AVISO SOBRE LA COBERTURA FUERA DE LA RED

28 TAC §11.1612(c)

EL plan de HMO no proporciona beneficios para servicios que recibe por parte de médicos o proveedores fuera de la red, con excepciones específicas según lo descrito en su Evidencia de Cobertura y a continuación.

Tiene el derecho a una red adecuada de médicos o proveedores dentro- de la red (conocidos como médicos y proveedores de la red).

Si considera que la red es inadecuada, puede presentar un Reclamo ante el Departamento de Seguros de Texas en el sitio web www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html.

Si FirstCare aprueba una referencia para servicios fuera-de-la red porque ningún médico o proveedor de la red está disponible, o si ha recibido atención de emergencia fuera-de-la red, FirstCare, en la mayoría de los casos, solventa la factura del médico o proveedor fuera-de-la red para que usted solo tenga que pagar los importes de-Copagos, Coseguros y Deducibles aplicables dentro de la red.

Para obtener el directorio actual de la red de médicos y proveedores consulte el siguiente sitio web: www.firstcare.com/FindAProvider o llame al 1-855-572-7238 para recibir asesoramiento en la búsqueda de médicos y proveedores disponibles. Si se guio por información imprecisa del directorio, puede tener derecho a presentar una reclamación por un médico o proveedor fuera-de- la red pagado como si fuera de un médico o proveedor de la red, si presenta una copia de la información imprecisa que figura en el directorio a la HMO, con fecha de no más de 30 días antes de recibir el servicio.

AVISO DE FACTURACIÓN DE SALDOS

28 TAC §1456.003

Es posible que un médico u otro profesional de la salud de un centro de salud no estén incluidos en la red de proveedores de su plan de beneficios de salud de FirstCare. El médico u otro profesional de la salud de un centro que no es parte de la red pueden emitir facturas a los miembros de FirstCare HMO por cantidades no pagadas por FirstCare porque el proveedor no forma parte de la red. En caso de que el miembro reciba una factura emitida por un médico u otro profesional de la salud de un centro, póngase en contacto con el Servicio al Cliente de FirstCare al 1-855-572-7238.

SECCIÓN 13: AVISOS OBLIGATORIOS SOBRE BENEFICIOS

Los siguientes avisos son para informarle acerca de determinada cobertura o beneficios proporcionados por su contrato con los Planes de Salud de FirstCare.

MASTECTOMÍA O DISECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS
28 TAC §21.2106(b)(1)

Estadía mínima para pacientes hospitalizados: si debido al tratamiento del cáncer de mama, alguna persona cubierta por este plan se somete ya sea a una mastectomía o una disección de los ganglios linfáticos, este plan proporcionará la cobertura para la atención hospitalaria por un mínimo de:

a) 48 horas tras una mastectomía, y
b) 24 horas tras la disección de ganglios linfáticos.

No se requiere un mínimo de horas de hospitalización si la persona cubierta que recibe el tratamiento y el médico a cargo determinan que es adecuado un período más corto de atención hospitalaria.

Prohibiciones: No podremos (a) denegar a ninguna persona cubierta la elegibilidad o la continuación de la elegibilidad o no renovar este plan únicamente para evitar proporcionar el mínimo de horas de hospitalización; (b) proporcionar pagos en dinero o rebajas para animar a alguna persona cubierta a aceptar menos que el mínimo de horas de hospitalización; (c) reducir o limitar la cantidad pagada al médico tratante, o de otra manera penalizar al médico, porque solicita que una persona asegurada reciba el mínimo de horas de hospitalización; o (d) proporcionar incentivos financieros o de otro tipo al médico tratante para alentarlo a proporcionar una atención por menos tiempo que el mínimo de horas.

COBERTURA O BENEFICIOS DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA: INSCRIPCIÓN
28 TAC §21.2106(b)(2)

La cobertura o los beneficios se prestan a cada persona cubierta para la cirugía reconstructiva tras la mastectomía, que incluye:

a) todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
b) cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; y
c) prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, entre ellas, linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.

La cobertura o los beneficios deben proporcionarse de la manera que se determine apropiada en consulta con la persona cubierta y el médico a cargo.

Prohibiciones: No podremos (a) ofrecer a la persona cubierta un incentivo financiero para renunciar a la reconstrucción de la mama o renunciar a la cobertura o los beneficios que se indican más arriba; (b) condicionar, limitar o negar la elegibilidad o la continuación de la elegibilidad de alguna persona cubierta para inscribirse en el plan o no renovar este plan únicamente para evitar proporcionar la cobertura o los beneficios que se indican más arriba; o (c) reducir o limitar la cantidad pagada al médico o proveedor, o de otra manera penalizarlos, ni proporcionar un incentivo financiero para inducir al médico o proveedor para proporcionar la atención a una persona cubierta de manera incompatible con la cobertura o los beneficios que se muestran más arriba.

COBERTURA O BENEFICIOS DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA: ANUAL
28 TAC §21.2106(b)(3)

Su contrato, según lo exige la Ley federal de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, proporciona beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, lo que incluye la reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y la atención de las complicaciones resultantes de una mastectomía (incluso linfedema).

EXAMEN PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA
28 TAC §21.2106(b)(4)

Se proporcionan beneficios para cada hombre cubierto para un examen anual de diagnóstico médicamente reconocido para la detección del cáncer de próstata. Los beneficios incluyen:

a) Un examen físico para la detección del cáncer de próstata; y
b) una prueba de antígenos específica para la próstata para cada hombre cubierto que tenga
    1) al menos 50 años; o
    2) al menos 40 años y antecedentes familiares de cáncer de próstata u otro factor de riesgo de esta enfermedad.

INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE UN NIÑO
28 TAC §21.2106(b)(5)

Para cada persona cubierta con beneficios de maternidad o parto, ofreceremos atención hospitalaria para la madre y el recién nacido en un centro de atención médica durante un mínimo de:

a) 48 horas tras un parto vaginal sin complicaciones, y
a) 96 horas tras un nacimiento por cesárea sin complicaciones.

Este beneficio no requiere que la mujer cubierta que es elegible para los beneficios de maternidad/parto (a) dé a luz en un hospital u otro centro de atención médica o (b) permanezca en un hospital u otro centro de atención médica durante el mínimo de horas después del nacimiento del niño.

Si una madre cubierta o su hijo recién nacido son dados de alta antes de las 48 o 96 horas, proporcionaremos la cobertura de atención después del parto. La atención después del parto incluye educación para padres, asistencia y capacitación en lactancia materna y alimentación con biberón y la realización de las pruebas clínicas necesarias y adecuadas. La atención será proporcionada por un médico, enfermera u otro proveedor de atención médica con licencia, y la madre tendrá la opción de recibir la atención en su casa, el consultorio del proveedor de atención médica o un centro de atención médica.

Dado que proporcionamos atención posterior al parto en el hogar, no estamos obligados a proporcionar la cantidad mínima de horas descrita anteriormente a menos que (a) el médico de la madre o del hijo determine que la atención hospitalaria es médicamente necesaria o (b) que la madre solicite la internación.

Prohibiciones. No podremos (a) modificar los términos de esta cobertura basados a que alguna persona cubierta solicite una cobertura menor a la cobertura mínima necesaria; (b) ofrecer incentivos financieros u otra compensación a la madre por renunciar a la cantidad necesaria de horas; (c) negarnos a aceptar la recomendación de un médico acerca de un período determinado de atención hospitalaria, realizada en consulta con la madre, si el período recomendado por el médico no excede las normativas para la atención prenatal desarrolladas por las asociaciones profesionales de obstetras y ginecólogos o pediatras reconocidas a nivel nacional; (d) reducir los pagos o los reembolsos a montos menores de las tarifas habituales; o (f) penalizar a un médico por recomendar la atención hospitalaria de la madre o el niño recién nacido.

COBERTURA PARA LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL
28 TAC §21.2106(b)(6)

Los beneficios se proporcionan a cada persona inscrita en el plan que tenga 50 años de edad o más y el riesgo normal de desarrollar cáncer de colon, para los gastos incurridos en la realización de una prueba de detección médicamente reconocida para la detección del cáncer colorrectal. Los beneficios incluyen la opción de la persona cubierta de:

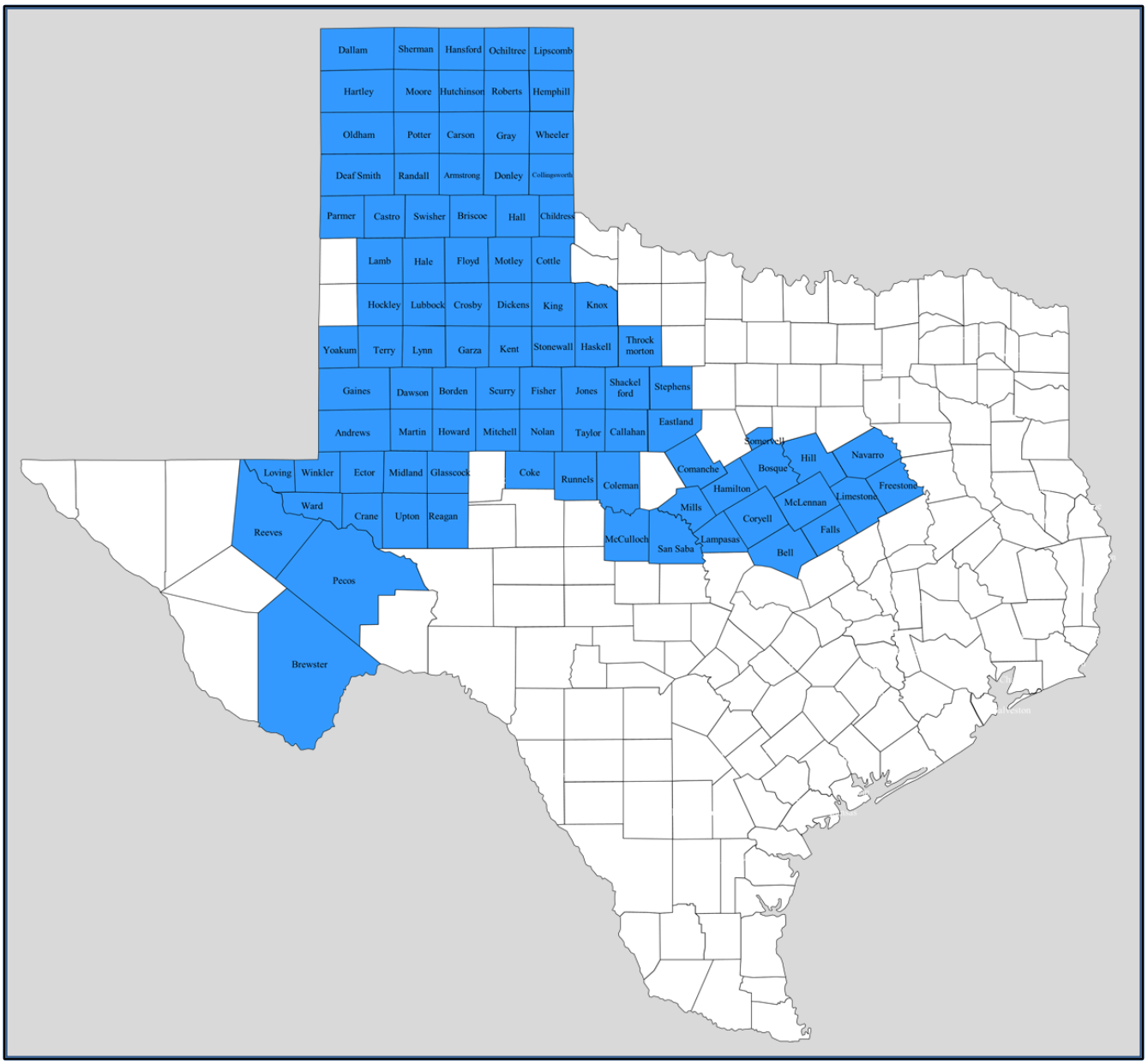
a) un análisis de sangre oculta en heces realizado una vez al año y sigmoidoscopia flexible una vez cada cinco años, o
b) una colonoscopía realizada cada 10 años.

COBERTURA PARA LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, CÁNCER DE OVARIO Y CÁNCER CERVICAL
28 TAC §21.2106(b)(7)

Se proporciona cobertura, para cada mujer inscrita en el plan que tenga 18 años de edad o más, por los gastos incurridos para un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección precoz del cáncer cervical y de ovario. La cobertura requerida dentro de esta sección incluye un análisis de sangre CA 125 y, como mínimo, un examen de Papanicolaou convencional o un examen de detección usando métodos de citología de base líquida, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, solo o en combinación con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del virus de papiloma humano.

Si alguna persona cubierta por este plan tiene preguntas relacionadas con los temas anteriores, llame a FirstCare Health Plans al 1-855-572-7238, o escríbanos a 1901 W. Loop 289, Suite 9, Lubbock, TX 79407.

Área de Servicios HMO de FirstCare



FirstCare HEALTH PLANS

Aviso de No Discriminación

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-884-4901 (TTY: 1-800-562-5259).

SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company no excluyen a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org

Si cree que FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company no han proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html.

Southwest Life & Health Insurance Company es una subsidiaria de propiedad total de SHA, LLC d / b / a FirstCare Health Plans. Los planes PPO son ofrecidos por Southwest Life & Health Insurance Company. SHA, LLC ofrece los planes HMO, Medicaid y Medicare.